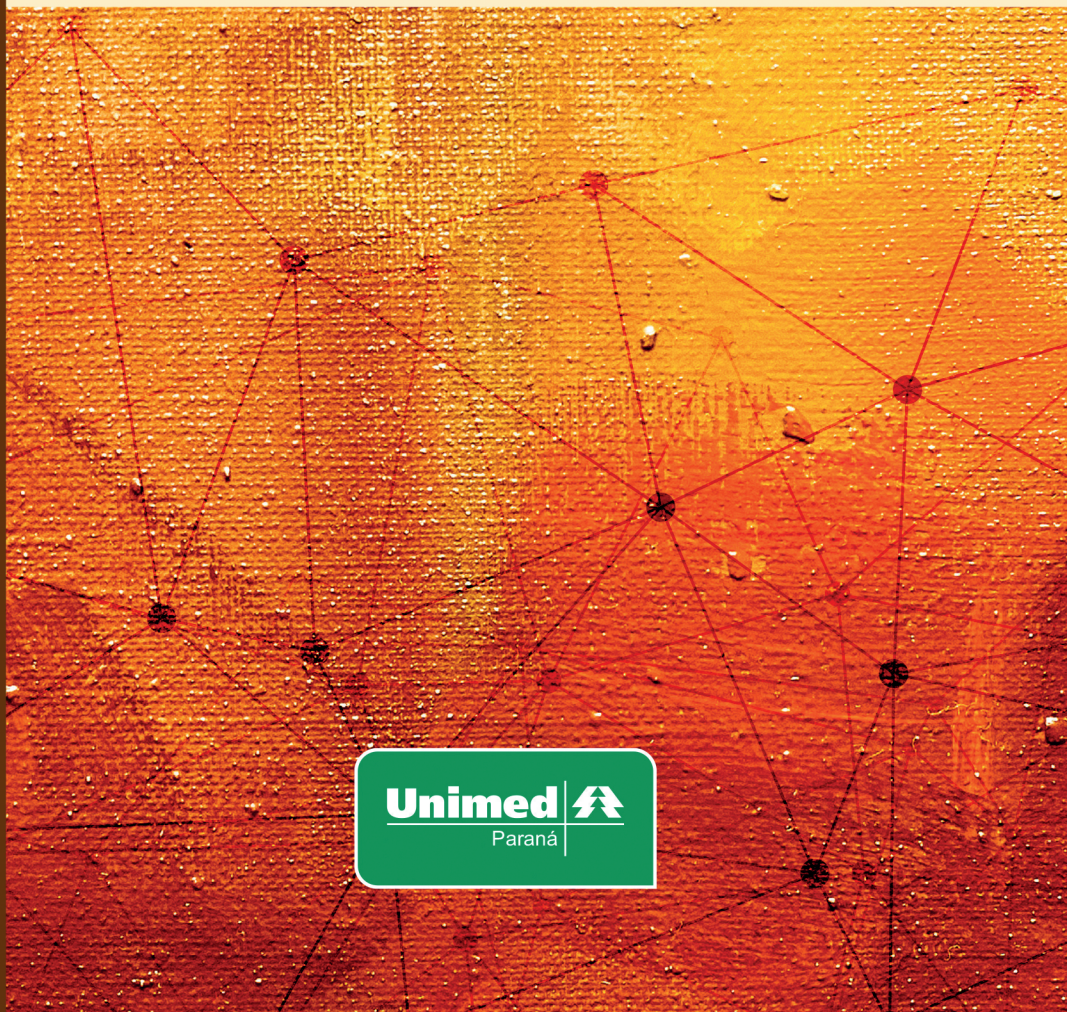
Coletânea Legislativa da Assessoria Regulamentar



Coletânea Legislativa da Assessoria Regulamentar

12ª edição

Revisão e Atualizações

Publicações no DOU até agosto/2015

SETEMBRO / 2015

Unimed Paraná



Prefácio

Temos o prazer de apresentar a 12ª edição da Coletânea Legislativa da Assessoria Regulamentar.

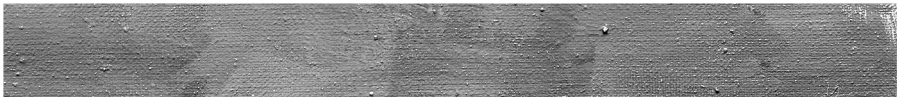
Desde o início da regulação, a Unimed Paraná acredita na importância de seguir a legislação e regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), bem como de instruir suas Singulares sobre o cumprimento dos atos normativos.

Como na edição anterior, esta publicação contempla toda a legislação e regulamentação de interesse para o Sistema Unimed. O compêndio apresenta ainda, várias notas inseridas na Lei Federal nº 9.656/98, por meio das quais se referencia normas do órgão regulador.

Há também neste exemplar, designadamente, nas Resoluções Normativas (RN), notas que remetem às Instruções Normativas (IN), detalhando-as operacionalmente.

Esta edição da Coletânea está atualizada até agosto de 2015 e, assim, esperamos que seja útil, ao elucidar as dúvidas do Sistema Unimed quanto às normas legais e infralegais que regem a saúde suplementar em nosso país.

Dr. Mauro Cezar Abati
Gerente de Assuntos Jurídicos



ESTATUTO

ESTATUTO SOCIAL DA UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS 13

LEGISLAÇÃO

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 27
LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000 42
LEI Nº 10.850, DE 25 DE MARÇO DE 2004 50
LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990 51
LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 68
LEI Nº 5.764, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1971 70
LEI COMPLEMENTAR Nº 130, DE 17 DE ABRIL DE 2009 86
LEI Nº 12.690, DE 19 DE JULHO DE 2012 89

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

RESOLUÇÃO Nº 1.931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009 97
RESOLUÇÃO Nº 1.956/2010, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010 98

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 7, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2000 111
RESOLUÇÃO - RDC Nº 28, DE 26 DE JUNHO DE 2000 112
RESOLUÇÃO - RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000 115

RESOLUÇÃO NORMATIVA DA DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 1, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2002 121
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 4, DE 19 DE ABRIL DE 2002 122
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 16, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 126
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 19, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002 128
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 21, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002 130
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 40, DE 6 DE JUNHO DE 2003 131
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 44, DE 24 DE JULHO DE 2003 133
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 46, DE 4 DE SETEMBRO DE 2003 134
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 48, DE 19 DE SETEMBRO DE 2003 135
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 56, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2003 142
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 63, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003 143
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 72, DE 24 DE MARÇO DE 2004 144
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 75, DE 10 DE MAIO DE 2004 145
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004 146
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 89, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2005 164
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 94, DE 23 DE MARÇO DE 2005' 169
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 103, DE 17 DE JUNHO DE 2005 171
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 112, DE 28 DE SETEMBRO DE 2005 176
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 113, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005 180
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 117, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2005 181
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 123, DE 23 DE JANEIRO DE 2006 185
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 124, DE 30 DE MARÇO DE 2006 187
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006 205
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 139, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2006 211
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 159, DE 3 DE JULHO DE 2007 216
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 161, DE 20 DE SETEMBRO DE 2007 228
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007 229
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008 239
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 173, DE 10 DE JULHO DE 2008 246
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 174, DE 19 DE AGOSTO DE 2008 248

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 175, DE 22 DE SETEMBRO DE 2008 250
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 183, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2008 251
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009 253
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 188, DE 20 DE MARÇO DE 2009 261
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 190, DE 30 DE ABRIL DE 2009 262
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 191, DE 8 DE MAIO DE 2009 265
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009 267
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 196, DE 14 DE JULHO DE 2009 274
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 203, DE 1º DE OUTUBRO DE 2009 276
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 205, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009 277
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 206, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2009 279
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 209, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009 281
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 218, DE 25 DE MAIO DE 2010 295
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 223, DE 28 DE JULHO DE 2010 298
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 227, DE 19 DE AGOSTO DE 2010 302
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 242, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010 304
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 246, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2011 307
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 252, DE 28 DE ABRIL DE 2011 308
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 254, DE 5 DE MAIO DE 2011 313
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 255, DE 18 DE MAIO DE 2011(*) 320
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 256, DE 18 DE MAIO DE 2011 321
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011 325
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 264, DE 19 DE AGOSTO DE 2011 330
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 265, DE 19 DE AGOSTO DE 2011 333
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 267, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 338
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 270, DE 10 DE OUTUBRO DE 2011 343
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 274, DE 20 DE OUTUBRO DE 2011, ... 351
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 275, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2011 358
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 276, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2011 362
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2011 366
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 278, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011 370
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 279, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011 377
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 285, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 384
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 290, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2012 387
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 295, DE 9 DE MAIO DE 2012 389
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 298, DE 13 DE JUNHO DE 2012 396
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 300, DE 19 DE JULHO DE 2012 402
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 301, DE 7 DE AGOSTO DE 2012 411
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 304, DE 19 DE SETEMBRO DE 2012 416
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 305, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012 417
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 307, DE 22 DE OUTUBRO DE 2012 422
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012 430
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 310, DE 30 DE OUTUBRO DE 2012 434
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 311, DE 1º- DE NOVEMBRO DE 2012 437
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 316, DE 30 DE NOVEMBRO 2012 441
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 319, DE 5 DE MARÇO DE 2013 453
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 323, DE 3 DE ABRIL DE 2013 454
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 328, DE 22 DE ABRIL DE 2013 457
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013 462
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 343, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013 471
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 344, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013 475
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 347, DE 2 DE ABRIL DE 2014 476
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 349, DE 9 DE MAIO DE 2014 478
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 351, DE 16 DE JUNHO DE 2014 479
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 358, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014 482
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 360, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2014 489
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 362, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2014 493

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 363, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 495
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 364, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 499
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 501
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 367, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014 505
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015 506
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 369, DE 23 DE JANEIRO DE 2015 508
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 372, DE 30 DE MARÇO DE 2015 511
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 382, DE 29 DE JUNHO DE 2015 516
RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 384, DE 4 DE SETEMBRO DE 2015 517

SÚMULA NORMATIVA

SÚMULA Nº 1, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2001 525
SÚMULA Nº 1, DE 6 DE MARÇO DE 2002 526
SÚMULA Nº 2, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002 527
SÚMULA Nº 3, DE 21 DE SETEMBRO DE 2001 528
SÚMULA Nº 3, DE 16 DE MAIO DE 2003 529
SUMULA NORMATIVA Nº 4, DE 16 DE JULHO DE 2003 530
SUMULA NORMATIVA Nº 5, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2003 531
SÚMULA NORMATIVA Nº 6, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2004 532
SÚMULA NORMATIVA Nº 7, DE 27 DE JUNHO DE 2005 533
SÚMULA NORMATIVA Nº 8, DE 27 DE JUNHO DE 2005 534
SUMULA NORMATIVA Nº 9, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2005 535
SÚMULA NORMATIVA Nº 10, DE 30 DE OUTUBRO DE 2006 537
SÚMULA NORMATIVA Nº 11, DE 20 DE AGOSTO DE 2007 539
SÚMULA NORMATIVA Nº 12, DE 4 DE MAIO DE 2010 541
SÚMULA NORMATIVA Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010 542
SÚMULA NORMATIVA Nº 14, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2011 543
SÚMULA NORMATIVA Nº 15, DE 11 DE ABRIL DE 2011 544
SÚMULA NORMATIVA Nº 16, DE 12 DE ABRIL DE 2011 545
SÚMULA NORMATIVA Nº 17, DE 13 DE ABRIL DE 2011 546
SÚMULA NORMATIVA Nº 18, DE 21 DE JULHO DE 2011 547
SÚMULA NORMATIVA Nº 19, DE 28 DE JULHO DE 2011 549
SÚMULA NORMATIVA Nº 21, DE 12 DE AGOSTO DE 2011[0] 550
SÚMULA NORMATIVA Nº 22, DE 23 DE JANEIRO DE 2012 551
SÚMULA NORMATIVA Nº 23, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2012. 555
SÚMULA NORMATIVA Nº 24, DE 23 DE JULHO DE 2012 556
SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012 557
SÚMULA NORMATIVA Nº 26, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015 560
SÚMULA NORMATIVA Nº 27, DE 10 DE JUNHO DE 2015 561

COMUNICADOS ANS

COMUNICADO Nº 8, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002 565
COMUNICADO Nº 9, DE 6 DE JUNHO DE 2003 566
COMUNICADO Nº 10, DE 01 DE SETEMBRO DE 2003 567
COMUNICADO Nº 11, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004 568

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL - DIDES

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 4, DE 6 DE JUNHO DE 2002 571
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 27 DE MARÇO DE 2006 574
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 38, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009 578
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 40, DE 27 DE ABRIL DE 2010 579
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 50, DE 25 DE SETEMBRO DE 2012 580
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 51, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012 588
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 52, DE 21 DE MARÇO DE 2013. 589
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 53, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2014 593
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 54, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014 595

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 56, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 600
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 59, DE 6 DE OUTUBRO DE 2015 602

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO - DIFIS

RESOLUÇÃO - RE Nº 1, DE 11 DE MAIO DE 2000 605
RESOLUÇÃO - RE Nº 3, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2001 606

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 1, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2006 608
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 2, DE 11 DE ABRIL DE 2007 610
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 3, DE 16 DE MAIO DE 2007 611
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 5, DE 9 DE JULHO DE 2007 612
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 6, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2007 613
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 8, DE 23 DE SETEMBRO DE 2008 614
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 9, DE 13 DE ABRIL DE 2009 615

DIRETORIA DE GESTÃO – DIGES

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 1, DE 10 DE JUNHO DE 2002 619
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 3, DE 24 DE ABRIL DE 2009 622
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 4, DE 9 DE JUNHO DE 2009 626
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 5, DE 30 DE JULHO DE 2009 627
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 15, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013 628

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS – DIOPE

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 04, DE 1 DE SETEMBRO DE 2005 633
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 10 DE 3 DE MARÇO DE 2007 634
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 13, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007 638
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 14, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007 640
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 15, DE 11 DE MARÇO DE 2008 644
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 20 DE OUTUBRO DE 2008 647
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 28, DE 2 DE JUNHO DE 2009 649
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 31, DE 8 DE SETEMBRO DE 2009 651
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 33, DE 5 DE OUTUBRO DE 2009 652
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 34, DE 5 DE OUTUBRO DE 2009 653
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 45, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2010 654
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 47, DE 21 DE JULHO DE 2011 670
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 49, DE 18 DE JULHO DE 2012 671
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 50, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2012 682

INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA

INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA – IN Nº 05, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011 687
INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA – IN Nº 7, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2012 688

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 7, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002 695
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 10, DE 23 DE MARÇO DE 2005 697
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 13, DE 21 DE JULHO DE 2006 702
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 14, DE 25 DE JULHO DE 2007 705
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 16, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2008 707
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 19, DE 3 DE ABRIL DE 2009 708
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 29 DE SETEMBRO DE 2009 714
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 21, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009 716
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 22, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009 717
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 23, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2009 720
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 24, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2009 746
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 31, DE 13 DE JUNHO DE 2011 747

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 33, DE 6 DE JULHO DE 2011 749
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 35, DE 19 DE AGOSTO DE 2011 752
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 36, DE 19 DE AGOSTO DE 2011 754
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 37, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011 755
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 41, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2012 756
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 42 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013 758
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 43, DE 5 DE JUNHO DE 2013 765
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 44, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2014 768
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 46, DE 3 DE OUTUBRO DE 2014 769
INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 48, DE 10 DE SETEMBRO DE 2015 774

DIRETORIA COLEGIADA - DICOL

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 02, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014 781

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU

RESOLUÇÃO Nº 1, DE 22 DE MAIO DE 2000 791
RESOLUÇÃO Nº 04, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998 792
RESOLUÇÃO Nº 06, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998 794
RESOLUÇÃO Nº 08, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998 795
RESOLUÇÃO Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998 797
RESOLUÇÃO Nº 14, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998 799
RESOLUÇÃO Nº 16, DE 23 DE MARÇO DE 1999 801
RESOLUÇÃO Nº 19, DE 23 DE MARÇO DE 1999 802

ENUNCIADOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

ENUNCIADOS APROVADOS - I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA 805
ENUNCIADOS APROVADOS - II JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA 807

ÍNDICE REMISSIVO 809

Estatuto da Federação Unimed do Estado do Paraná

ESTATUTO SOCIAL DA UNIMED DO ESTADO DO PARANÁ – FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

CAPÍTULO I – DENOMINAÇÃO, SEDE, FORO, ÁREA, DURAÇÃO E ANO SOCIAL

Art. 1 A Unimed do Estado do Paraná – Federação Estadual das Cooperativas Médicas, cooperativa de segundo grau, filiada ao Sistema Cooperativo Unimed, registrada na OCEPAR – Organização das Cooperativas do Estado do Paraná sob o nº 200/79, atuando como Operadora de Planos Privados de Assistência Médica, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 312720, registrada na Junta Comercial do Paraná sob o nº 4140000023-1, e cadastrada no CNPJ/MF sob o nº 78.339.439/0001-30, adiante denominada apenas Federação, devidamente constituída de acordo com a legislação cooperativista, rege-se pelo presente Estatuto e pelas normas legais vigentes, tendo:
a) Sede, administração e foro em Curitiba, na Rua Antonio Camilo, 283, no bairro Tarumã;
b) Área de ação no Estado do Paraná;
c) Prazo de duração indeterminado;
d) O ano social, que coincide com o ano civil, se encerra em 31 (trinta e um) de dezembro de cada ano;
Nome fantasia: Unimed Paraná.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

Art. 2 A Federação é uma sociedade cooperativa com forma e características jurídicas próprias, de natureza civil e sem escopo lucrativo, tendo como finalidade a integração, coordenação e orientação de suas filiadas, todas elas cooperativas médicas do Sistema Nacional Unimed, no intuito de organizar, em escala maior, os serviços econômicos, assistenciais e administrativos de interesse das suas associadas, bem como facilitar a utilização recíproca dos mesmos serviços.
§1º Para consecução de seus objetivos a Federação também comercializará planos de saúde, desde que não colida com os interesses das singulares;
§2º Para o atendimento aos beneficiários destes contratos, a Federação utilizará preferencialmente a rede contratada pelas singulares, e, nas exceções, com o aval destas.
§3º Ainda, em cumprimento ao estipulado no artigo 10, inciso II, alínea "d" da Constituição do Sistema Cooperativo Unimed, a Federação poderá exigir de suas federadas o cumprimento dos deveres previstos na Constituição e nas Normas Derivadas, podendo, inclusive, impor penalidades no caso de descumprimento delas.
Art. 3 Poderão filiar-se à Federação as Unimeds Singulares que concordem com este Estatuto, adiram à Constituição do Sistema Cooperativo Unimed e exerçam atividade na área de ação fixada no Artigo 1º, alínea "b".
Art. 4 O número de Unimeds Singulares Federadas será ilimitado quanto ao máximo, não podendo, no entanto, ser inferior a 03 (três).

CAPÍTULO III – FEDERADAS

Art. 5 Para adquirir ou manter a qualidade de Federada, a Unimed deverá solicitar a respectiva inscrição no quadro de Federadas, fazendo-se representar por Delegados, sendo um efetivo e dois suplentes, leitos ou nomeados na conformidade de seus respectivos Estatutos.
§1º A Unimed deverá apresentar:
a) Cópia da ata de sua fundação;
b) Cópia do Estatuto Social;
c) Cópia da ata da Assembleia Geral que autorizou sua filiação;
d) Comprovação de adesão à Constituição do Sistema Cooperativo Unimed.
§2º Preenchidas as condições de ingresso, havendo parecer favorável do Conselho de Administração e aprovação do Conselho Federativo, por maioria simples, a candidata será admitida no quadro de Federadas.
Art. 6 Cumprindo o que dispõe o artigo anterior, assinado o Livro ou Ficha de Matrícula pelos Diretores-Presidentes da Federação e da Unimed Federada, adquire esta todos os direitos, bem como assume as obrigações decorrentes da Lei, deste Estatuto e de deliberações tomadas pela Federação.
Art. 7 A Unimed Federada tem o direito de:
a) Participar de todas as atividades que constituem objeto da Federação, operando nos contratos a que ficar coobrigada, nos termos do Artigo 2º;

b) Tomar parte na Assembleia Geral por meio de seus Delegados, eleitos em conformidade com o Artigo 5º e seus parágrafos, votar assuntos que nela forem pautados, com exceção daqueles em que seja diretamente interessada;
c) Propor ao Conselho de Administração ou à Assembleia Geral as medidas que julgar convenientes no interesse social;
d) Requerer, por escrito, a qualquer tempo, quaisquer informações e esclarecimentos sobre os negócios sociais;
e) Inspecionar, por meio dos Delegados e/ou Presidentes, os Livros de Atas da Assembleia Geral e de deliberações do Conselho de Administração e Diretoria Executiva, Atas do Conselho Federativo, Atas do Conselho Fiscal, a relação das Unimeds Federadas, além do Balanço anual com as contas que o acompanham;
f) Examinar, a qualquer tempo, por meio de seu Delegado, na Sede Social, o Livro ou Ficha de Matrícula das Unimeds Federadas;
g) Demitir-se da Federação quando autorizada por Assembleia Geral Extraordinária dos seus cooperados;
h) Participar, proporcionalmente às operações realizadas com a Federação, das sobras do exercício, na conformidade com a legislação cooperativista;
i) Obter os serviços de assessoramento para as suas atividades privadas, dentro das possibilidades técnicas da Federação;
j) Ter preservado o sigilo das informações gerenciais e administrativas prestadas à Federação e apenas divulgado com sua autorização, salvo as de caráter público e as obrigatórias enviadas aos órgãos reguladores, bem como aquelas determinadas pelo Conselho Federativo.
Art. 8 A Unimed Federada se obriga a:
a) Executar os serviços dentro dos seus planos de atividades, nos contratos a que se coobriga com a Federação;
b) Subscrever quotas-partes do capital nos termos do Art. 15 deste Estatuto e contribuir com as taxas de serviços e encargos operacionais estabelecidos pela Federação, e devidamente homologados pelo Conselho Federativo;
c) Prestar à Federação esclarecimentos e fornecer informações sempre que solicitados, a respeito de dados contábeis, jurídicos, financeiros e assistenciais, contratos, normas e serviços, para melhor integração e controle das Unimeds Federadas;
d) Cumprir fielmente as disposições da Lei, do presente Estatuto, da Constituição do Sistema Cooperativo Unimed, além das deliberações regularmente adotadas pela Assembleia Geral, Conselho Federativo e Conselho de Administração da Federação;
e) Respeitar as normas vigentes relativas ao uso da marca Unimed;
f) Pagar sua parte nas perdas apuradas no balanço, na proporção das operações que houver realizado com a cooperativa, se o fundo de reserva legal não for suficiente para cobri-las.
Art. 9 As Unimeds Federadas respondem perante terceiros pelo prejuízo verificado nas operações sociais, pelo valor de suas quotas, guardada a proporção de sua participação nas mesmas operações, perdurando esta responsabilidade aos demitidos, eliminados ou excluídos até quando aprovadas as contas do exercício em que se deu o desligamento.
§ ÚNICO A responsabilidade da Unimed Federada pelas obrigações acima referidas somente poderá ser invocada depois de judicialmente exigida a da Federação.
Art. 10 A demissão da Unimed Federada, que não poderá ser negada, dar-se-á unicamente a seu pedido e será requerida ao Presidente da Federação, preenchida a exigência prevista neste Estatuto, sendo levada ao conhecimento do Conselho de Administração, em sua primeira reunião e averbada no Livro ou Ficha de Matrícula, mediante termo assinado pelos Diretores-Presidentes.
Art. 11 Será excluída a Unimed Federada em caso de sua dissolução ou falta de atendimento aos requisitos estatutários do ingresso ou permanência na Federação.
Art. 12 A eliminação da Unimed Federada ocorrerá em virtude da inobservância de disposição legal, estatutária, regimental ou de deliberação social.
§1º Além dos motivos de direito, o Conselho Federativo é obrigado a eliminar a Unimed Federada que:
a) Venha a exercer atividade prejudicial à Federação ou que colida com os seus objetivos;
b) Deixa de cumprir com seus compromissos financeiros com a Federação em prazo superior a 90 (noventa) dias.
§2º Para efeito das disposições do Sistema Unimed, a Federação comunicará à Unimed do Brasil os casos de eliminação de Federadas.

Art. 13 A eliminação será registrada mediante a lavratura de termo no Livro ou Ficha de Matrícula, com os motivos que a determinaram, assinado pelo Diretor-Presidente.
§1º Dentro do prazo de 30 (trinta) dias da eliminação, o Conselho Federativo será obrigado a comunicar o fato à interessada enviando-lhe cópia do termo de eliminação;
§2º Da eliminação cabe à eliminada recurso, com efeito suspensivo, à Assembléia Geral, o qual deverá ser interposto no prazo de 30 (trinta) dias a partir da notificação e apreciado na primeira Assembleia Geral que for convocada.

CAPÍTULO IV – CAPITAL SOCIAL

Art. 14 O capital da Federação é ilimitado quanto ao máximo, variando conforme o número de quotas-partes subscritas, não podendo, entretanto, ser inferior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).
§1º O capital é subdividido em quotas-partes no valor unitário de R$ 400,00 (quatrocentos reais);
§2º A quota-parte é indivisível, intransferível a não associados e não poderá ser negociada de modo algum, nem dada em garantia, e todo o seu movimento, subscrição, realização, transferência e restituição será sempre escriturada no Livro ou Ficha de Matrícula;
§3º As quotas-partes, depois de integralizadas, poderão ser transferidas entre as Unimeds Singulares Federadas, mediante autorização da Assembleia Geral e o pagamento da taxa de 1% (um por cento) sobre o seu valor, respeitando o limite máximo de 1/3 (um terço) do valor total do capital subscrito, para cada Unimed Federada.
Art. 15 A Unimed Federada obriga-se a subscrever, no mínimo, 40 (quarenta) quotas-partes de capital e, no máximo, tantas quantas cujo valor não exceda a 1/3 (um terço) do total do capital subscrito.
Art. 16 A integralização das quotas-partes poderá ser feita de uma só vez, à vista, ou em prestações mensais, no prazo máximo de 10 (dez) meses, a critério do Conselho de Administração.
§ ÚNICO O atraso no pagamento das prestações incorrerá na cobrança de juros de 6% (seis por cento) ao ano, e atualização monetária aplicada pelo IGPM, ou outro índice que venha a substituí-lo, além de ser retido o valor do retorno das sobras líquidas, para cobertura de atrasos.
Art. 17 A restituição do capital e das sobras, em quaisquer casos, por demissão, eliminação ou exclusão, será sempre feita depois da aprovação do balanço do ano em que a Unimed Federada deixou de fazer parte da Federação.
§ ÚNICO Ocorrendo demissões, eliminações ou exclusões de Unimeds Federadas em número que a devolução do capital possa afetar sua estabilidade econômico-financeira, a Federação poderá efetuá-la em até 10 (dez) meses.

CAPÍTULO V – ÓRGÃOS SOCIAIS

Art. 18 A cooperativa terá os seguintes órgãos sociais:
a) Assembleia Geral, que poderá ser ordinária ou extraordinária;
b) Conselho Federativo;
c) Conselho de Administração;
d) Conselho Fiscal.

SEÇÃO I – ASSEMBLEIA GERAL

Art. 19 A Assembleia Geral, que poderá ser ordinária ou extraordinária, constituída por Delegados das Federadas, é o órgão soberano da Federação, tendo poderes para decidir os negócios relativos ao objeto da Federação e tomar as resoluções convenientes ao seu desenvolvimento e defesa, e suas deliberações vinculam a todas, ainda que ausentes ou discordantes.
Art. 20 A Assembleia Geral será habitualmente convocada e presidida pelo Diretor-Presidente do Conselho de Administração.
§1º O Conselho Fiscal poderá convocar a Assembleia quando ocorrerem motivos que exijam essa providência;
§2º 1/5 (um quinto) das Unimeds Federadas em condição de votar podem requerer ao Diretor-Presidente a sua convocação, e, em caso de recusa, convocá-la elas próprias;
§3º As deliberações na Assembleia Geral serão tomadas por maioria de votos dos Delegados, observando-se o princípio da singularidade de voto e vedada a representação;
§4º O Delegado Suplente somente terá direito a voto quando substituir o Efetivo, em caso de impedimento deste, devendo, no caso, apresentar à Presidência da Assembleia Geral credencial específica nesse sentido, fornecida pelo Presidente da Unimed Federada.

Art. 21 Em quaisquer das hipóteses previstas neste Estatuto, a Assembleia Geral será convocada com antecedência mínima de 10 (dez) dias para a primeira convocação, de mais uma hora para a segunda e mais uma hora para a terceira.
§1º Na Assembleia Geral em que houver eleição para o Conselho de Administração, será obedecido o prazo determinado no Art. 35 deste Estatuto.
§2º As 03 (três) convocações poderão constar de um único edital, desde que fiquem expressos os prazos para cada uma delas.
Art. 22 O quorum para a instalação da Assembleia é o seguinte:
a) 2/3 (dois terços) dos Delegados em condições de votar, na primeira convocação;
b) Maioria simples dos Delegados em condições de votar, em segunda convocação;
c) 1/3 (um terço) dos Delegados em condições de votar, em terceira convocação.
§ ÚNICO O número de Delegados presentes, em cada convocação, será comprovado pelas assinaturas no Livro de Presenças.
Art. 23 No Edital de Convocação da Assembleia Geral deverá constar:
a) A denominação da Federação, seguida da expressão "Edital de Convocação da Assembleia Geral", ordinária ou extraordinária;
b) O dia e a hora da reunião de cada convocação, assim como o local da sua realização, o qual, salvo motivo justificado, será sempre o da Sede Social;
c) A sequência numérica de convocação;
d) A Ordem do Dia dos trabalhos, com as devidas especificações;
e) O número de Associados existentes na data de expedição para efeito do cálculo do quorum de instalação;
f) A assinatura do responsável pela convocação.
§1º No caso da convocação ter sido feita pelo Conselho Fiscal ou pelos Delegados, nos termos do Art. 20, o Edital será assinado pelos Conselheiros Fiscais efetivos ou pelo Delegado da primeira signatária do pedido, respectivamente.
§2º O Edital de Convocação será afixado nas principais dependências da Federação, em local visível, publicado em jornal de grande circulação no Estado e comunicado por circular e por mídia eletrônica às Unimeds singulares Federadas.
Art. 24 A Assembleia Geral será dirigida pelo Diretor-Presidente do Conselho de Administração ou, na sua ausência, pelo seu diretor imediato presente, auxiliado por secretário por ele convidado.
§ ÚNICO A Assembleia Geral que não for convocada pelo Diretor-Presidente será dirigida por Delegados escolhidos na ocasião.
Art. 25 Os ocupantes de cargos sociais, bem como as Unimeds Federadas, não poderão votar nas decisões sobre assuntos que a eles se refiram de maneira direta ou indireta, entre os quais os de prestação de contas, não ficando privados de tomar parte nos debates.
Art. 26 As deliberações da Assembleia Geral somente poderão versar sobre os assuntos constantes no Edital de Convocação.
§ ÚNICO A votação será a descoberto, mas, a Assembleia Geral poderá optar pelo voto secreto, por meio de cédulas ou voto eletrônico.
Art. 27 O que ocorrer na Assembleia Geral deverá constar de ata circunstanciada, lavrada em livro próprio, lida, aprovada e assinada, no final dos trabalhos, pelos componentes da mesa, por uma comissão de 03 (três) Delegados, escolhidos por maioria, e por todos aqueles que o queiram fazer.

SEÇÃO II – ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA

Art. 28 A Assembleia Geral Ordinária reúne-se, obrigatoriamente, 01 (uma) vez por ano no decorrer dos três primeiros meses após o término do exercício social, cabendo-lhe especialmente:
a) Deliberar sobre a prestação de contas do exercício anterior, compreendendo o relatório da gestão, o balanço, o demonstrativo de conta de sobras e perdas, o parecer do Conselho Fiscal;
b) Dar destino às sobras e repartir as perdas;
c) Eleger, reeleger ou destituir ocupantes de cargos sociais;
d) Deliberar sobre os planos de trabalho formulados pelo Conselho de Administração para o ano entrante;
e) Fixar pró-labore ou verba de representação para a Diretoria Executiva e Conselheiros-Coordenadores Regionais, bem como o valor de cédulas de presença para os Conselheiros-Coordenadores Regionais e Conselheiros Fiscais, pelo comparecimento às reuniões, e, ainda, se necessário, deliberar sobre outras despesas e benefícios concedidos aos membros destes Conselhos e da Diretoria Executiva.

§ ÚNICO Os integrantes dos órgãos de administração e fiscalização não poderão participar da votação das matérias constantes nas letras "a" e "e" acima.
Art. 29 Quando forem discutidos o balanço e as contas, o Diretor-Presidente da Federação, logo após a leitura do relatório do Conselho de Administração, das peças contábeis e do parecer do Conselho Fiscal, suspenderá os trabalhos e convidará o plenário a indicar um Delegado para presidir os debates e votação da matéria.
§ ÚNICO Transmitida a direção dos trabalhos, o Presidente deixará a mesa, permanecendo no recinto, à disposição da Assembleia Geral, para os esclarecimentos que lhe forem solicitados.
Art. 30 A aprovação do balanço, das contas e do relatório do Conselho de Administração desonera os seus integrantes de responsabilidade para com a Federação, salvo erro, dolo ou fraude, bem como a infração à Lei ou a este Estatuto.

SEÇÃO III – ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

Art. 31 A Assembleia Geral Extraordinária reúne-se sempre que necessário e tem poderes para deliberar sobre quaisquer assuntos de interesse da Federação, desde que constem do edital de convocação.
§1º É de competência exclusiva da Assembleia Geral Extraordinária deliberar sobre os seguintes assuntos:
a) Reforma do Estatuto Social;
b) Fusão, Incorporação ou desmembramento;
c) Mudança de objetivo;
d) Dissolução voluntária da Federação e nomeação do liquidante;
e) Contas do liquidante.
§2º São necessários os votos de 2/3 (dois terços) dos Delegados em condições de votar, presentes, para tornarem válidas as deliberações de que tratam os itens do parágrafo anterior deste artigo.

SEÇÃO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 32 As eleições para os Conselhos de Administração e Fiscal serão realizadas em Assembleia Geral Ordinária, no ano em que os mandatos se findarem.
Art. 33 Somente podem concorrer às eleições para o Conselho de Administração candidatos que integrem as chapas completas e que não exerçam cargos de direção e/ou administração em empresas concorrentes atuantes no mesmo ramo de negócio.
Art. 34 Os candidatos para o Conselho Fiscal deverão inscrever-se individualmente.
§1º Poderá inscrever-se qualquer cooperado que esteja em situação regular na sua Singular e não exerça cargos de direção e/ou administração em empresas concorrentes que atuem no mesmo ramo de negócio;
§2º Serão eleitos como efetivos os 03 (três) mais votados e como suplentes os 03 (três) subsequentes;
§3º Os membros do Conselho Fiscal não poderão ter entre si, nem com os membros do Conselho de Administração, laços de parentescos até 2º (segundo) grau, em linha reta ou colateral;
§4º O preenchimento dos cargos de Conselheiros Fiscais será determinado pelos votos apurados, eleitos os seis mais votados, sendo os três primeiros membros efetivos e os demais membros suplentes;
§5º Em caso de empate, será eleito o candidato mais idoso.
Art. 35 O Edital de Convocação para Assembleia Geral Ordinária em que houver a eleição para o Conselho de Administração será publicado e comunicado às Federadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
§ ÚNICO Na circular remetida aos Delegados, além do Edital de Convocação, deverão ser mencionados, minuciosamente, os cargos que serão preenchidos.
Art. 36 A inscrição da chapa concorrente ao Conselho de Administração será feita no período compreendido entre a data da publicação do Edital de Convocação para a respectiva Assembleia Geral, até 10 (dez) dias úteis antes da sua realização.
§ ÚNICO O prazo mínimo para inscrição de candidatos concorrentes ao Conselho Fiscal será de 02 (dois) dias úteis antes da realização da Assembleia Geral.
Art. 37 Na Assembleia Geral Ordinária em que houver somente a eleição para o Conselho Fiscal, o Edital da Convocação será publicado e a circular remetida aos delegados das Federadas com 10 (dez) dias de antecedência.
Art. 38 A inscrição de chapas para o Conselho de Administração e de candidatos individuais ao Conselho Fiscal será feita na sede da Federação, nos prazos estabelecidos neste Estatuto, no horário

normal de expediente, em 02 (duas) vias iguais, fornecido ao representante o protocolo e numeração de ordem da inscrição.

Art. 39 A Chapa concorrente ao cargo do Conselho de Administração deverá apresentar:

a) Relação nominal dos integrantes da chapa com a indicação do cargo a que concorre, bem como a que singular pertence como cooperado, conforme divisão administrativa estabelecida no Art. 44 e seus parágrafos;

b) Anuência individual de cada componente para integrar a chapa;

c) Declaração individual de cada componente de que não está incurso no Art. 51 e seu parágrafo único da lei 5764/71;

d) Cópia da última declaração de imposto de renda, acompanhada do recibo de entrega, de cada um dos integrantes da chapa;

e) Declaração individual de não ter relação de parentesco até 2º (segundo) grau, em linha reta ou colateral, com quaisquer dos outros candidatos que integram a mesma chapa;

f) Declaração individual de não estar inabilitado para cargos de administração em instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades de administração pública direta ou indireta, conforme regulamentação em vigor, em especial às aplicadas ao segmento da Saúde Suplementar.

Art. 40 Os candidatos individuais ao cargo de Conselheiro Fiscal deverão firmar documento apropriado onde conste:

a) Requerimento dirigido ao Diretor-Presidente da Federação constando sua disposição em concorrer ao cargo, bem como a Unimed Federada a que pertencer;

b) Declaração individual de que não está incurso no art. 56 e seus parágrafos 1º e 2º da lei 5764/71;

c) Cópia da última declaração de imposto de renda, acompanhada do recibo de entrega;

d) Declaração individual de não estar inabilitado para cargos de administração em instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades de administração pública direta ou indireta, conforme regulamentação em vigor, em especial às aplicadas ao segmento da Saúde Suplementar.

Art. 41 Não será permitido o registro de candidato, embora para cargos diferentes, em mais de uma chapa ou para mais de um cargo, ainda que na mesma chapa.

§1º No caso de ocorrer duplicidade de inscrição para o mesmo candidato, prevalecerá a inscrição da chapa cujo registro tenha sido feito em primeiro lugar, indeferindo-se o registro da que vier em seguida;

§2º A chapa que tiver o mesmo candidato para mais de um cargo terá seu registro indeferido.

Art. 42 Se a votação for secreta, adotam-se, para cada chapa, uma cédula na qual conste a relação nominal dos candidatos e respectivos cargos.

§1º Ocorrendo empate na eleição do Conselho de Administração, será realizado na mesma Assembleia um segundo escrutínio;

§2º Persistindo o empate, a Assembleia Geral será interrompida, fixando-se nova data para a reabertura dos trabalhos, prorrogando-se os mandatos vigentes até a posse dos eleitos;

§3º Em caso de inscrição de uma única chapa poderá ser empregado o sistema de aclamação;

§4º Na eleição dos membros do Conselho Fiscal, cada delegado deverá obrigatoriamente votar em 03 (três) candidatos.

Art. 43 Os mandatos dos ocupantes dos Conselhos de Administração e Fiscal perduram sempre até a data da realização da Assembleia Geral Ordinária que corresponda ao ano social em que os mandatos se findam, ressalvado o disposto no parágrafo 2º do artigo 42 deste estatuto.

CAPÍTULO V – CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 44 A Federação será administrada por um Conselho de Administração, composto por uma Diretoria Executiva, com os títulos de Diretor-Presidente, Diretor Vice-Presidente, Diretor-Superintendente, Diretor de Projetos e Diretor de Mercado, e mais 04 (quatro) Conselheiros-Coordenadores Regionais, eleitos em Assembleia Geral Ordinária, para um mandato de 04 (quatro) anos, sendo permitida a reeleição de 2/3 (dois terços) do total dos integrantes do Conselho.

§1º É obrigatória a renovação de no mínimo um integrante da diretoria executiva;

§2º Para os cargos da Diretoria Executiva será permitida apenas 01 (uma) reeleição consecutiva para o mesmo cargo;

§3º O acúmulo de cargos executivos por integrantes da Diretoria Executiva, em qualquer nível no Sistema Unimed, obedecerá às normas contidas na Constituição Unimed, somente poderá ser exercido quando não interferir nas atividades do cargo, e desde que seja para:

a) Cumprimento de representação do cargo exercido na Federação do Paraná ou;
b) Completar mandato em curso em outra instância do Sistema Unimed, desde que cumprido ½ (metade) do mandato ou;
c) Assumir cargo em outra instância do Sistema Unimed, até completar o mandato em curso na Federação, desde que cumprido ½ (metade) do mandato.
§4º Os 04 (quatro) Conselheiros-Coordenadores Regionais componentes do Conselho de Administração obrigatoriamente serão cooperados indicados pelas Federadas das regiões abaixo;
§5º As quatro regiões da Federação são compostas pelas seguintes Unimeds Federadas:
a) Região 1: Curitiba, Paranaguá, Ponta Grossa, Rio-Mafra, Vale do Iguaçu;
b) Região 2: Norte Pioneiro, Norte do Paraná, Londrina, Apucarana;
c) Região 3: Noroeste do Paraná, Regional de Campo Mourão, Regional Maringá, Paranavaí, Cianorte;
d) Região 4: Cascavel, Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Pato Branco, Costa Oeste, Vale do Piquiri, Guarapuava.
§6º A cada região estabelecida no parágrafo anterior caberá a representação de apenas um Conselheiro-Coordenador;
§7º O Conselho de Administração rege-se pelas seguintes normas:
a) Reúne-se em caráter ordinário mensalmente e extraordinário sempre que necessário, por convocação do Diretor-Presidente, da maioria do próprio Conselho de Administração ou ainda por solicitação do Conselho Fiscal;
b) Delibera validamente com a presença da maioria dos seus componentes, proibida a representação, sendo as decisões tomadas por maioria simples dos votos, reservando-se ao Presidente em exercício o voto de desempate.
Art. 45 Nos impedimentos inferiores a 90 (noventa) dias, o Diretor-Presidente será substituído pelo Diretor Vice-Presidente, este pelo Diretor-Superintendente e este por quaisquer dos Diretores indicados pelo Conselho de Administração.
§1º Nos impedimentos de mais de um integrante da Diretoria Executiva por prazo inferior a 90 (noventa) e superior a 30 (trinta) dias, o Conselho de Administração designará substitutos entre os Conselheiros-Coordenadores Regionais;
§2º Nos impedimentos de qualquer integrante da Diretoria Executiva, superior a 90 (noventa) dias, ou na vacância de qualquer cargo do Conselho de Administração, deverá o Conselho de Administração convocar Assembleia Geral para o respectivo preenchimento, por meio de processo eleitoral;
§3º Quando a vacância ocorrer no cargo de Diretor-Presidente, deverá ser preenchido pelo Vice-Presidente até o final do mandato de seu antecessor;
§4º Quando a vacância ocorrer em cargo que não o da Presidência, ocorrerá eleição para o cargo, até a complementação do mandato de seu antecessor;
§5º O Conselheiro de Administração que, sem justificativa, faltar a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) alternadas, em um exercício fiscal, perderá o cargo automaticamente.
Art. 46 Compete ao Conselho de Administração, dentro dos limites da lei e deste Estatuto, atendidas as decisões ou recomendações da Assembleia Geral e do Conselho Federativo, planejar e traçar normas para as operações e serviços e controlar os resultados.
§1º No desempenho de suas funções, cabem-lhe entre outras, as seguintes atribuições:
a) Programar as operações e serviços da Federação, deferidas pelo Conselho Federativo;
b) Avaliar e providenciar o montante dos recursos financeiros e dos meios necessários ao atendimento das operações e serviços;
c) Estabelecer as normas para o funcionamento da Federação;
d) Estabelecer as normas de controle das operações e serviços, verificando mensalmente o estado econômico-financeiro da Federação e o desenvolvimento dos negócios e atividades, em geral por meio de balancetes da contabilidade e demonstrativos específicos, que deverão ser levados à análise e aprovação do Conselho Federativo;
e) Emitir parecer sobre demissão, exclusão ou eliminação das Unimeds Federadas, encaminhando-o ao Conselho Federativo para deliberação;
f) Deliberar sobre a convocação de Assembleia Geral;
g) Alienar ou onerar bens com a prévia e expressa autorização da Assembleia Geral;
h) Zelar pelo cumprimento das leis do Cooperativismo e outras aplicáveis;
i) Regulamentar a utilização do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social – FATES;
§2º O Conselho de Administração poderá contratar, sempre que julgar necessário, o assessoramento técnico para auxiliá-lo no esclarecimento dos assuntos a decidir, podendo determinar a apresentação prévia de projetos sobre questões específicas;

§3º As normas estabelecidas pelo Conselho de Administração serão baixadas em forma de Instruções e constituirão o Regimento Interno da Federação;
§4º Compete ao Conselho de Administração estabelecer processos de auditorias em singulares com dificuldades econômico-financeiras, cabendo-lhe encaminhar ao Conselho Federativo os casos em que as Federadas não concordarem com o estabelecimento de auditorias.
Art. 47 O Conselho de Administração poderá criar, ainda, Comitês Especiais, transitórios ou não, observadas as regras estabelecidas neste Estatuto, para estudar, planejar e coordenar a solução de questões específicas.
Art. 48 Os integrantes do Conselho de Administração e do Conselho Federativo não são pessoalmente responsáveis pelos compromissos que assumirem em nome da Federação, mas, responderão solidariamente pelos prejuízos resultantes de seus atos, se procederem de forma culposa ou dolosa.
Art. 49 À Diretoria Executiva compete, dentro dos limites das Leis e deste Estatuto, atendidas as decisões e recomendações da Assembleia Geral, Conselho de Administração e do Conselho Federativo, executar as normas para o cumprimento dos objetivos da Federação.
§1º No desempenho de suas funções, cabem-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:
a) Estimar, previamente, a rentabilidade das operações, serviços e sua viabilidade;
b) Fixar as despesas de administração em orçamento anual que indique a fonte dos recursos para a sua cobertura;
c) Contratar e fixar norma para a admissão e demissão dos profissionais empregados da Federação;
d) Fixar as normas de disciplina funcional;
e) Avaliar a conveniência de fixar o limite da fiança ou seguro de fidelidade para os empregados que manipulem dinheiro ou valores;
f) Contratar os serviços de auditoria, referendadas pelo Conselho de Administração;
g) Indicar os bancos onde será depositado o numerário disponível e fixar o limite máximo do saldo a ser mantido em caixa;
h) Adquirir imóveis, ouvido o Conselho de Administração e o Conselho Federativo, obedecendo as decisões das Assembleias Gerais;
i) Contrair obrigações, transigir, adquirir bens móveis e constituir procuradores;
j) Zelar pelo cumprimento das Leis do Cooperativismo e outras aplicáveis, bem como pelo atendimento à legislação vigente em todo o território nacional;
§2º A Diretoria Executiva poderá contratar, sempre que julgar necessário, o assessoramento técnico para auxiliá-la no esclarecimento dos assuntos, e decidir podendo determinar a apresentação prévia de projetos sobre questões específicas;
§3º A Diretoria Executiva reúne-se em caráter ordinário quinzenalmente ou extraordinário sempre que necessário, por convocação de quaisquer um dos seus componentes.
Art. 50 Ao Diretor-Presidente cabem, entre outras, as seguintes atribuições:
a) Supervisionar as atividades da Federação, estabelecendo contatos com profissionais e empregados a seu serviço;
b) Assinar os cheques bancários em conjunto com outro Diretor;
c) Assinar, em conjunto com outro Diretor, contratos e demais documentos constitutivos de obrigações;
d) Convocar e presidir as reuniões do Conselho de Administração, do Conselho Federativo, bem como a Assembleia Geral;
e) Apresentar à Assembleia Geral Ordinária o relatório do ano social, balanços, contas e parecer do Conselho Fiscal bem como os planos de trabalho formulado pelo Conselho de Administração;
f) Representar a Federação em juízo ou fora dele;
g) Representar a Federação nos órgãos de representação Cooperativista do Brasil.
Art. 51 Ao Diretor Vice-Presidente cabem, entre outras, as seguintes atribuições:
a) Auxiliar o Presidente e interessar-se, permanentemente, pelo seu trabalho, substituindo-o nos seus impedimentos;
b) Assinar cheques bancários em conjunto com outro Diretor;
c) Desenvolver atividades executivas dentro das necessidades e determinações do Conselho de Administração;
Art. 52 Ao Diretor-Superintendente cabem, entre outras, as seguintes atribuições:
a) Supervisionar a execução dos serviços administrativos da Federação;
b) Assinar cheques bancários em conjunto com outro Diretor;
c) Substituir o Vice-Presidente nos seus impedimentos inferiores a 90 (noventa) dias;
d) Realizar qualquer outra atividade executiva determinada pelo Conselho de Administração.

Art. 53 Ao Diretor de Projetos compete:
a) Planejar e implementar atividades e projetos de interesse das cooperativas Federadas e da própria Federação;
b) Desenvolver ações que envolvam o desenvolvimento do conhecimento cooperativista e técnico-operacional dos colaboradores das cooperativas e dos cooperados das Federadas;
c) Assinar cheques em conjunto com outro Diretor;
d) Realizar qualquer outra atividade executiva determinada pelo Conselho de Administração.
Art. 54 Ao Diretor de Mercado compete:
a) Coordenar as atividades de mercado da Federação;
b) Coordenar as atividades de Mercado do Sistema Unimed do Estado do Paraná;
c) Assinar os cheques em conjunto com outro diretor;
d) Realizar qualquer outra atividade executiva determinada pelo Conselho de Administração.
Art. 55 Aos Conselheiros-Coordenadores Regionais compete:
a) Representar o Conselho de Administração na região a que pertencer;
b) Trazer ao Conselho de Administração ou Conselho Federativo as reivindicações de sua região;
c) Comparecer a todas as reuniões do Conselho de Administração e do Conselho Federativo;
d) Transmitir todas as decisões do Conselho de Administração e do Conselho Federativo aos demais integrantes de sua região;
e) Realizar todas as atividades inerentes à condição de Conselheiro de Administração;
f) Substituir qualquer dos integrantes da Diretoria Executiva, quando solicitado, na forma do artigo 45, parágrafo 1º.

CAPÍTULO VI – CONSELHO FEDERATIVO

Art. 56 O Conselho Federativo é o órgão de gestão participativa da Federação em matéria que lhe for reservada por este Estatuto, sendo composto pelos integrantes do Conselho de Administração e por todos os Presidentes em exercício das Singulares Federadas do Estado do Paraná, ou seus representantes legais previstos nos seus próprios Estatutos.
§1º Na hipótese do Diretor-Presidente da singular integrar a Diretoria Executiva da Federação, a singular deverá indicar um de seus substitutos legais para compor este Conselho;
§2º A renovação dos membros do Conselho Federativo se dará por conclusão de sua gestão ou perda do cargo na singular, sendo imediata sua substituição pelo novo titular.
Art. 57 O Conselho Federativo reúne-se ordinariamente 04 (quatro) vezes por ano, e extraordinariamente quando necessário, sempre por convocação do Presidente do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal ou da Assembleia Geral, e delibera validamente com a presença do Presidente do Conselho de Administração, ou seu substituto legal, e 1/3 (um terço) de seus conselheiros, sendo as decisões tomadas pela maioria simples de votos.
§1º O Presidente do Conselho de Administração, ou seu substituto legal, preside as reuniões do Conselho Federativo;
§2º Cada Presidente de Singular Federada, ou seu representante legal presente, terá direito a 01 (um) voto no Conselho Federativo;
§3º O Conselho de Administração, na pessoa do seu Presidente, ou de seu substituto legal, terá direito a um voto no Conselho Federativo;
§4º Ao Presidente do Conselho Federativo, ou seu representante legal, caberá o voto de desempate, quando for o caso.
Art. 58 Compete ao Conselho Federativo:
a) Estabelecer as políticas e diretrizes de atuação da Federação para alcance de seu objetivo social determinado pelo art. 2º deste Estatuto;
b) Admitir, eliminar e excluir Federadas;
c) Apreciar nomes e marcas a serem utilizadas pela Federação;
d) Homologar imobilizações financeiras e de bens de capital em sociedades não cooperativas, aprovadas pelo Conselho de Administração;
e) Estabelecer bases e valores de contribuições sociais;
f) Apreciar e aprovar o plano de atividades e o orçamento anual da Federação;
g) Apreciar e aprovar todo e qualquer aspecto referente a obrigações financeiras a serem assumidas pelas Federadas com a Federação ou com terceiros;
h) Deliberar, obedecido ao disposto no §4º do art. 46 deste Estatuto, sobre a proposta de auditoria a ser realizada em Singular Federada do estado do Paraná com dificuldade econômico-financeira, cuja

sistematização será a adotada pela Diretoria Executiva, e cujo resultado será enviado aos órgãos de administração e fiscal da Federada.

Art. 59 Todas as despesas com deslocamentos, hospedagem, diárias de viagens ou similares de cada integrante do Conselho Federativo, decorrentes do desempenho de suas atribuições, deverão ser suportadas pelas singulares respectivas.

CAPÍTULO VII – CONSELHO FISCAL

Art. 60 A administração da sociedade será fiscalizada por um Conselho Fiscal constituído por 03 (três) membros efetivos e igual de suplentes, quaisquer um destes para substituir quaisquer daqueles, todos associados das Federadas, eleitos anualmente pela Assembleia Geral, sendo permitida a reeleição de 1/3 (um terço) dos seus componentes.

§ ÚNICO Os componentes do Conselho Fiscal não poderão ter entre si, nem com os integrantes do Conselho de Administração, laços de parentesco até 2º grau em linha reta ou colateral.

Art. 61 O Conselho Fiscal reúne-se, ordinariamente, no mínimo seis vezes ao ano e extraordinariamente sempre que necessário, com a participação de, no mínimo, três dos seus componentes.

§1º Em sua primeira reunião serão escolhidos, entre os seus integrantes efetivos, um coordenador, incumbido de convocar as reuniões e dirigir os trabalhos, e um secretário;

§2º As reuniões poderão ser convocadas, ainda, por quaisquer dos seus integrantes efetivos, por solicitação do Conselho de Administração, do Conselho Federativo ou da Assembleia Geral;

§3º Na ausência do coordenador, os trabalhos serão dirigidos por substituto escolhido na ocasião;

§4º As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos, proibida a representação, e constarão de ata lavrada em livro próprio, lida, aprovada e assinada no final dos trabalhos de cada reunião.

Art. 62 Ocorrendo três ou mais vagas no Conselho Fiscal, o Conselho de Administração convocará a Assembleia Geral para o preenchimento das vagas.

Art. 63 Compete ao Conselho Fiscal exercer assídua fiscalização sobre as operações, atividades e serviços da Federação, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

a) Conferir o saldo do numerário existente em caixa, verificando, também, se o saldo está nos limites estabelecidos pelo Conselho de Administração;

b) Verificar se os extratos de contas bancárias conferem com a escrituração da Federação;

c) Examinar se os montantes das despesas e inversões realizadas estão em conformidade com os planos e decisões do Conselho de Administração;

d) Verificar se as operações realizadas e os serviços prestados correspondem em volume, qualidade e valor às previsões feitas e às conveniências econômico-financeiras da Federação;

e) Verificar se a Diretoria Executiva vem se reunindo regularmente e se existem cargos vagos na sua composição;

f) Averiguar se existem reclamações das Unimeds Singulares Federadas quanto aos serviços prestados;

g) Verificar se o recebimento dos créditos são feitos com regularidade e se os compromissos são atendidos com pontualidade;

h) Averiguar se existem exigências ou deveres a cumprir com as autoridades fiscais, trabalhistas ou administrativas, bem como com os órgãos do Cooperativismo;

i) Estudar os balancetes e outros demonstrativos contábeis, o balanço e o relatório anual do Conselho de Administração, emitindo parecer à Assembleia Geral;

j) Informar ao Conselho de Administração, ao Conselho Federativo e a Assembleia Geral sobre as conclusões do seu trabalho e convocar a Assembleia Geral, se ocorrer motivo grave e urgente.

§ ÚNICO Para os exames e verificação dos livros de contas e documentos necessários ao cumprimento das suas atribuições, poderá o Conselho Fiscal contratar o assessoramento de peritos especializados e valer-se de relatórios e informações dos serviços de auditoria.

CAPÍTULO VIII – DA DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO

Art. 64 A Federação se dissolverá de pleno direito:

a) Quando assim deliberar a Assembleia Geral, desde que as Cooperativas Singulares Federadas, totalizando o número mínimo exigido por Lei, não se disponham a assegurar a sua continuidade;

b) Devido à alteração de sua forma jurídica;

c) Pela redução do número mínimo de Unimeds Singulares Federadas ou do capital social, se até a Assembleia Geral subsequente, realizada em prazo não inferior a 06 (seis) meses, eles não forem restabelecidos;

d) Pelo cancelamento da autorização para seu funcionamento;

e) Pela paralisação de suas atividades por mais de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 65 Quando a dissolução da Federação não for promovida voluntariamente, na hipótese prevista no artigo anterior, a medida poderá ser tomada judicialmente a pedido de qualquer Unimed Singular Federada.

CAPÍTULO IX – BALANÇO, SOBRAS, PERDAS E FUNDOS

Art. 66 O Balanço Geral, incluído o confronto de receita e despesa, será levantado em 31 de dezembro de cada ano.
§1º Os resultados serão apurados separadamente, segundo a natureza de operações ou serviços;
§2º Além da taxa de 10% (dez por cento) das sobras, revertem em favor ao Fundo de Reserva:
a) Os créditos não reclamados pelas Singulares Federadas, decorridos 05 (cinco) anos;
b) O produto de taxa cobrada sobre a transferência de quotas-partes;
c) Os auxílios e doações sem destinação especial.
Art. 67 Das sobras verificadas em cada exercício social serão deduzidos:
a) 10% (dez por cento) para o Fundo de Reserva;
b) 05% (cinco por cento) para o Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social;
c) Até 12% (doze por cento) ao ano, calculados sobre o capital integralizado das Federadas, distribuídos em forma de juros, se houver sobras.
Art. 68 O Fundo de Reserva destina-se a reparar eventuais perdas de quaisquer natureza que a Federação venha a sofrer, sendo indivisível entre as Singulares Federadas, mesmo no caso de dissolução ou liquidação da Federação, com o saldo remanescente não comprometido, que será, neste caso, destinado na forma da Lei.
§ ÚNICO As perdas não cobertas pelo Fundo de Reserva serão rateadas entre os associados, na proporção das operações realizadas com a Federação.
Art. 69 O Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social é destinado às Unimeds Federadas e à Federação, e sua utilização rege-se pela lei do cooperativismo e por regulamento aprovado pelo Conselho de Administração e homologado pelo Conselho Federativo, sendo indivisível nos casos de dissolução e liquidação, tendo, neste caso, destinação na forma da lei vigente.
Art. 70 Não têm direitos os associados demitidos, eliminados ou excluídos sobre o Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social e também sobre o Fundo de Reserva Legal.

CAPÍTULO X – DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 71 Este Estatuto entra imediatamente em vigor, depois de aprovado pela Assembleia Geral Extraordinária convocada para esse fim.
Art. 72 Os casos omissos, duvidosos ou litigiosos serão resolvidos de acordo com a legislação vigente, pela Constituição Unimed, e por deliberação do Conselho Federativo.
§ ÚNICO Elege-se como última instância a Câmara Arbitral do Fórum Nacional Unimed.
Art. 73 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.

Estatuto Social da Unimed Paraná, reformado na 24ª AGE, em 27.02.2009.
Item primeiro reformado na 25ª AGE, em 30.06.2012.
Inclusão do parágrafo 3º no artigo 2º na 26ª AGE, em 23.03.2013.

Legislação

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998[1]

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

[Texto atualizado pela Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001, Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, Decreto nº 4.044, de 6 de dezembro de 2001, Lei nº 11.935, de 11 de maio de 2009, Lei nº 12.469, de 26 de agosto de 2011, Lei nº 12.738, de 30 de novembro de 2012, Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013 e Lei Federal nº 13.003, de 24 de junho de 2014]

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, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: 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;
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.
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o §1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS[2] 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.
§3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º deste artigo.
§5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.
Art. 2º Revogado.[3]
Art. 3º Revogado.
Art. 4º Revogado.
Art. 5º Revogado.
Art. 6º Revogado.
Art. 7º Revogado.

[1] Publicada no DOU em 04/06/1998, seção 1, p. 1. O texto está integralmente ajustado à Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.
[2] Vide Lei Federal nº 9961, de 2000.
[3] Os arts. 2º a 7º foram revogados pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:[1]
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
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;
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
§1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no §2º do art. 1º.
§2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§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.
Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial.
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 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 no art. 12 desta Lei, exceto:[2]
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

[1] Vide também o Anexo I da RN nº 85/2004.
[2] Vide também RDC nº 7/2000.

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; [1]
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
VIII - Revogado.[2]
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais[3] e futuros consumidores.
§3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o §2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.[4]
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do §1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade.[5]
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.
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.[6]
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:
I - quando incluir atendimento ambulatorial:
a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;[7]
II - quando incluir internação hospitalar:

[1] O inciso VI do art. 10 está alterado, conforme Lei Federal nº 12.880, de 2013.
[2] O inciso VIII foi revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.
[3] Eficácia suspensa pela ADIN 1931 do STF.
[4] Vide RN nº 338/2013.
[5] O art. 10-B foi incluído pela Lei Federal nº 12.738, de 2012.
[6] Vide RN nº 162/2007.
[7] A alínea 'c', inciso I do art. 12 foi acrescido pela Lei Federal nº 12.880, de 2013.

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar;[1]
III - quando incluir atendimento obstétrico:
a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;
IV - quando incluir atendimento odontológico:
a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;
V - quando fixar períodos de carência:
a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.
§2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.
§3º Revogado.[2]
§4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS.

[1] A alínea ‘g’, inciso I do art. 12 foi acrescido pela Lei Federal nº 12.880, de 2013.
[2] O §3º do art. 12 foi revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.

§5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica.[1]

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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e

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

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.[2]

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS[3], ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

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:[4]

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. [5]

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua

[1] Os §§ 3º e 4º do art. 12 foram acrescidos pela Lei Federal nº 12.880/2013.

[2] Vide também art. 5º da Lei Federal nº 12.764/2012.

[3] Vide Súmula Normativa da ANS nº 3/2001.

[4] Vide também o Anexo I da IN/DIPRO nº 23/2009.

[5] Vide também IN/DIPRO nº 20/2009.

substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.[1]

§1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o *caput* deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o parágrafo anterior ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§3º Excetuam-se do previsto no §2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.[2]

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1o e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico- assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do

§ 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.[3]

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1o desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos:[4]

---

[1] O art. 17 *caput* foi alterado conforme Lei Federal nº 13.003/2014. Vide RN nº 365/2014 e anexos IV e IV-A da IN/DIPRO nº 23/2009.

[2] O art. 17-A foi incluído conforme Lei Federal nº 13.003/2014.

[3] Vide RN nº 363/2014, RN nº 365/2014 e IN/DIDES nº 56/2014.

[4] O art. 18 *caput* foi alterado conforme Lei Federal nº 13.003/2014.

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;[1]
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.[2]
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.
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.[3]
§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.

[1] Vide RN nº 259/2011.
[2] Vide RN nº 175/2008.
[3] Vide RN nº 85/2004.

§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.

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.[1]

§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.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso anterior, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.[2]

§1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.[3]

§1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do §1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§5º A ANS, no caso previsto no inciso II do §1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a

[1] Vide RN nº 295/2012.

[2] Vide RN nº 290/2012 e RN nº 314/2012.

[3] Vide RN nº 316/2012.

distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. [1]

§1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§2º A ANS, *ex officio* ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o *caput* deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§3º A ANS, *ex officio* ou por recomendação do Diretor Fiscal ou do Liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no §1º para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no §1º, das pessoas referidas no inciso anterior, desde que configurada fraude na transferência.

§4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do Diretor Técnico, Diretor Fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.

[1] Vide RN nº 256/2011, IN/DIPRO nº 31/2011, RN nº 276/2011, RN nº 300/2012, RN nº 307/2012 e RN nº 316/2012.

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.
Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS.
Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: [1]
I - advertência;
II - multa pecuniária;
III - suspensão do exercício do cargo;
IV - inabilitação temporária para 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 a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.
Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.
Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no §6º do art. 19. [Texto vigente até 23/11/2000: A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, em função da gravidade da infração e até o limite de R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), ressalvado o disposto no §6º do art. 19].
Art. 28. Revogado. [2]
Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. [3]
§1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas: [4]
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do §2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

[1] Regulamentado pela RN nº 124/2006. Vide também art. 19.
[2] O art. 28 foi revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.
[3] Vide RN nº 48/2003 e suas atualizações.
[4] O §2º do art. 29 está regulamentado pela RDC nº 57/2001.

§6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§1º a 7º deste artigo.
Art. 29-A. ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§1º O termo de compromisso referido no *caput* não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, §2º, do art. 29 desta Lei.
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. [1]
§1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte quatro meses.
§2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
§3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.
§4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
§5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.
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.
§1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30.
§3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§2º e 4º do art. 30.
Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.[2]
§1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.[3]

[1] Vide RN nº 279/2012.

[2] De acordo com o art. 5º da Lei Federal nº 12.469/11, "O montante dos valores relativos ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS, recebidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e ainda não transferidos nos termos da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, será creditado ao Fundo Nacional de Saúde - FNS."

[3] Os §§1º a 3º e §§7º e 9º, todos do art. 32, estão alterados, conforme Lei Federal nº 12.469, de 2011.

§2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS.
§4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no §3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no §3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no §2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos.[1]
§8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei.
§9º Os valores a que se referem os §§3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal.
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.
§1º O disposto no caput não se aplica às entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação desta Lei, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais.
§2º As entidades de que trata o § 1º poderão, desde que a hipótese de segregação da finalidade estatutária esteja prevista ou seja assegurada pelo órgão interno competente, constituir filial ou departamento com número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sequencial ao da pessoa jurídica principal.
§3º As entidades de que trata o § 1º que optarem por proceder de acordo com o previsto no § 2º assegurarão condições para sua adequada segregação patrimonial, administrativa, financeira e contábil.[2]
Art. 35. 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. [3]
§1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§6º Os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de

[1] Vide RN nº 358/2014 e IN/DIDES nº 54/2014.

[2] Os páragrafos 1º, 2º e 3º do art. 34 foram acrescidos, conforme Lei nº 13.127 de 26 de maio de 2015.

[3] Vide RN nº 254/2011 e IN/DIPRO nº 41/2012.

1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fins de comercialização.
§7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.
Art. 35-B. O CONSU[1] será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:[2]
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;
III - de planejamento familiar.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até

[1] A composição do CONSU foi alterada pelo Decreto nº 4.044, de 6 de dezembro de 2001, que passou a ser: I - da Justiça, que o presidirá; II - da Saúde; III - da Fazenda; e IV - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
[2] O art. 35-C está alterado conforme Lei Federal nº 11.935, de 2009. Vide também Res. CONSU nº 13/1998.

o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no §6º do art. 19 desta Lei.

Art. 35-E.[1] A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.[2]

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidade civis e penais.

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

[1] O art. 35-E está com sua vigência suspensa em razão de liminar proferida na ADIN 1931 do STF. Vide COMUNICADO 10/2003 da ANS.

[2] Vide Súmula do STJ nº 469, de 24/11/2010.

expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Presidente da República

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000[1]

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: [2]

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

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.
Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.
Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.
Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.
Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.
Art. 4º Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

[1] Publicada no DOU em 29/01/2000, edição extra, p. 5.
[2] Texto atualizado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - 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;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
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;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
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;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar o seu cumprimento.
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
§1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.
§2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§3º Revogado.[1]

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
Art. 6º A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.
Parágrafo único**.** Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.
Art. 7º O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.
Art. 8º Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato em virtude de:
I - condenação penal transitada em julgado;
II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;
III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e
IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o capítulo III desta Lei.
§1º Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.
§2º O afastamento de que trata o §1º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.
Art. 9º Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:
I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;
II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.
Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:
I - exercer a administração da ANS;
II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;
IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;
VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.
§1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

[1] O §3º do art. 4º foi revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001.

§2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.
§3º O recurso a que se refere o §2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.
Art. 11. Compete ao Diretor-Presidente:
I - representar legalmente a ANS;
II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;
III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;
IV - decidir nas questões de urgência ad referendum da Diretoria Colegiada;
V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;
VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;
VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada;
VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.
Art. 12. Revogado.[1]
Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:
I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;
II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;
III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:
a) da Fazenda;
b) da Previdência e Assistência Social;
c) do Trabalho e Emprego;
d) da Justiça;
e) da Saúde;
IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:
a) Conselho Nacional de Saúde;
b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
d) Conselho Federal de Medicina;
e) Conselho Federal de Odontologia;
f) Conselho Federal de Enfermagem;
g) Federação Brasileira de Hospitais;
h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
j) Confederação Nacional da Indústria;
l) Confederação Nacional do Comércio;
m) Central Única dos Trabalhadores;
n) Força Sindical;
o) Social Democracia Sindical;
p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
q) Associação Médica Brasileira;
V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:
a) do segmento de auto-gestão de assistência à saúde;
b) das empresas de medicina de grupo;
c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
d) das empresas de odontologia de grupo;
e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:
a) de defesa do consumidor;
b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

[1] O art. 12 foi revogado pela Lei Federal nº 9.986/2000.

§1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.
§2º As entidades de que tratam as alíneas do inciso V e VI escolherão entre si dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO III
DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.
Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.
Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

CAPÍTULO IV
DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou que venha a adquirir ou incorporar.
Art. 17. Constituem receitas da ANS:
I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;
II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;
III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;
IV - o produto da execução da sua dívida ativa;
V - as dotações consignadas no Orçamento Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;
VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;
VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;
VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;
IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;
X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;
XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.
Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.
Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.
Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.
Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:
I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;
II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.
§1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.
§2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.
§4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam conseqüências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus a isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.
§5º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinqüenta por cento).
§6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde – SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§6º e 7º, conforme dispuser a ANS.
§9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.
§10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.
§11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos.
Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;
II - multa de mora de 10% (dez por cento).
§1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.
§2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei.
Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1º de janeiro de 2000.
Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.
Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.
Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.
Art. 27. Revogado.[1]
Art. 28. Revogado.[2]

[1] O art. 27 foi revogado pela Lei Federal nº 9.986/2000.
[2] O art. 28 foi revogado pela Lei Federal nº 10.871/2004.

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou permanente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6º desta Lei.

§1º Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§2º Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. Fica o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da ANS utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor;

III - sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso.

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos arts. 54 a 58 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterado pela Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§1º A substituição a que se refere o *caput*, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§2º Enquanto não operada a substituição na forma do §1º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.
Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber aos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem assim às suas operadoras.
Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.
Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de janeiro de 2000; 179º da Independência e 112º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Presidente da República

ANEXO I [Revogado][1]

ANEXO II

TABELA I
DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

Abrangência Geográfica	Desconto (%)
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

TABELA II
DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-ODONTOLÓGICA OFERECIDA

Cobertura	Desconto (%)
Ambulatorial (A)	20
A+Hospitalar (H)	6
A+H +Odontológico (O)	4
A+H+Obstetrícia (OB)	4
A+H+OB+O	2
A+O	14
H	16
H+O	14
H+OB	14
H+OB+O	12
O	32

ANEXO III
ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados – Produto	500,00
Alteração de Dados – Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00

[1] O Anexo I foi revogado pela Lei Federal nº 9.986/2000.

LEI Nº 10.850, DE 25 DE MARÇO DE 2004[1]

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 148, de 2003, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Inocêncio Oliveira, Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º As ações de incentivo de que trata esta Lei serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:

I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;

II - viabilização de migração da relação contratual estabelecida para outro plano da mesma operadora; e

III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.

§1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.

§2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 3º Será garantido ao consumidor o caráter facultativo da adesão aos planos especiais, ficando as operadoras obrigadas a manter em operação todos os contratos não adaptados.

Parágrafo único. Nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Congresso Nacional, em 25 de março de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência

[1] Publicada no DOU em 26/03/2004, seção 1, p. 1.

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990[1]

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.
§1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.
§2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

CAPÍTULO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE RELAÇÕES DE CONSUMO

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:[2]
I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;
II - ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor:
a) por iniciativa direta;
b) por incentivos à criação e desenvolvimento de associações representativas;
c) pela presença do Estado no mercado de consumo;
d) pela garantia dos produtos e serviços com padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho.
III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;
IV - educação e informação de fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo;
V - incentivo à criação pelos fornecedores de meios eficientes de controle de qualidade e segurança de produtos e serviços, assim como de mecanismos alternativos de solução de conflitos de consumo;
VI - coibição e repressão eficientes de todos os abusos praticados no mercado de consumo, inclusive a concorrência desleal e utilização indevida de inventos e criações industriais das marcas e nomes comerciais e signos distintivos, que possam causar prejuízos aos consumidores;

[1] Publicada no DOU em 12/09/1990.
[2] O art. 4º foi alterado pela Lei Federal nº 9.008/1995.

VII - racionalização e melhoria dos serviços públicos;
VIII - estudo constante das modificações do mercado de consumo.
Art. 5º Para a execução da Política Nacional das Relações de Consumo, contará o poder público com os seguintes instrumentos, entre outros:
I - manutenção de assistência jurídica, integral e gratuita para o consumidor carente;
II - instituição de Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor, no âmbito do Ministério Público;
III - criação de delegacias de polícia especializadas no atendimento de consumidores vítimas de infrações penais de consumo;
IV - criação de Juizados Especiais de Pequenas Causas e Varas Especializadas para a solução de litígios de consumo;
V - concessão de estímulos à criação e desenvolvimento das Associações de Defesa do Consumidor.
§1º (Vetado).
§2º (Vetado).

CAPÍTULO III
DOS DIREITOS BÁSICOS DO CONSUMIDOR

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:
I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;
II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;
III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;[1]
IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;
V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;
VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;
VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;
VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hiposuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;
IX - (Vetado);
X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.
Parágrafo único. A informação de que trata o inciso III do caput deste artigo deve ser acessível à pessoa com deficiência, observado o disposto em regulamento.[2]
Art. 7º Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e eqüidade.
Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.

CAPÍTULO IV
DA QUALIDADE DE PRODUTOS E SERVIÇOS, DA PREVENÇÃO E DA REPARAÇÃO DOS DANOS

Seção I
Da Proteção à Saúde e Segurança

[1] O inciso III do art. 6º está alterado conforme Lei Federal nº 12.741/2012.
[2] O parágrafo único do art. 6º foi incluído, conforme art. 100 da lei nº 13.146 de 2015.

Art. 8º Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.
Parágrafo único. Em se tratando de produto industrial, ao fabricante cabe prestar as informações a que se refere este artigo, através de impressos apropriados que devam acompanhar o produto.
Art. 9º O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.
Art. 10. O fornecedor não poderá colocar no mercado de consumo produto ou serviço que sabe ou deveria saber apresentar alto grau de nocividade ou periculosidade à saúde ou segurança.
§1º O fornecedor de produtos e serviços que, posteriormente à sua introdução no mercado de consumo, tiver conhecimento da periculosidade que apresentem, deverá comunicar o fato imediatamente às autoridades competentes e aos consumidores, mediante anúncios publicitários.
§2º Os anúncios publicitários a que se refere o parágrafo anterior serão veiculados na imprensa, rádio e televisão, às expensas do fornecedor do produto ou serviço.
§3º Sempre que tiverem conhecimento de periculosidade de produtos ou serviços à saúde ou segurança dos consumidores, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão informá-los a respeito.
Art. 11. (Vetado).

Seção II
Da Responsabilidade pelo Fato do Produto e do Serviço

Art. 12. O fabricante, o produtor, o construtor, nacional ou estrangeiro, e o importador respondem, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos decorrentes de projeto, fabricação, construção, montagem, fórmulas, manipulação, apresentação ou acondicionamento de seus produtos, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua utilização e riscos.
§1º O produto é defeituoso quando não oferece a segurança que dele legitimamente se espera, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:
I - sua apresentação;
II - o uso e os riscos que razoavelmente dele se esperam;
III - a época em que foi colocado em circulação.
§2º O produto não é considerado defeituoso pelo fato de outro de melhor qualidade ter sido colocado no mercado.
§3º O fabricante, o construtor, o produtor ou importador só não será responsabilizado quando provar:
I - que não colocou o produto no mercado;
II - que, embora haja colocado o produto no mercado, o defeito inexiste;
III - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.
Art. 13. O comerciante é igualmente responsável, nos termos do artigo anterior, quando:
I - o fabricante, o construtor, o produtor ou o importador não puderem ser identificados;
II - o produto for fornecido sem identificação clara do seu fabricante, produtor, construtor ou importador;
III - não conservar adequadamente os produtos perecíveis.
Parágrafo único. Aquele que efetivar o pagamento ao prejudicado poderá exercer o direito de regresso contra os demais responsáveis, segundo sua participação na causação do evento danoso.
Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.
§1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:
I - o modo de seu fornecimento;
II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;
III - a época em que foi fornecido.
§2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.
§3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;
II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.
§4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.
Art. 15. (Vetado).
Art. 16. (Vetado).
Art. 17. Para os efeitos desta Seção, equiparam-se aos consumidores todas as vítimas do evento.

Seção III
Da Responsabilidade por Vício do Produto e do Serviço

Art. 18. Os fornecedores de produtos de consumo duráveis ou não duráveis respondem solidariamente pelos vícios de qualidade ou quantidade que os tornem impróprios ou inadequados ao consumo a que se destinam ou lhes diminuam o valor, assim como por aqueles decorrentes da disparidade, com a indicações constantes do recipiente, da embalagem, rotulagem ou mensagem publicitária, respeitadas as variações decorrentes de sua natureza, podendo o consumidor exigir a substituição das partes viciadas.
§1º Não sendo o vício sanado no prazo máximo de trinta dias, pode o consumidor exigir, alternativamente e à sua escolha:
I - a substituição do produto por outro da mesma espécie, em perfeitas condições de uso;
II - a restituição imediata da quantia paga, monetariamente atualizada, sem prejuízo de eventuais perdas e danos;
III - o abatimento proporcional do preço.
§2º Poderão as partes convencionar a redução ou ampliação do prazo previsto no parágrafo anterior, não podendo ser inferior a sete nem superior a cento e oitenta dias. Nos contratos de adesão, a cláusula de prazo deverá ser convencionada em separado, por meio de manifestação expressa do consumidor.
§3º O consumidor poderá fazer uso imediato das alternativas do §1º deste artigo sempre que, em razão da extensão do vício, a substituição das partes viciadas puder comprometer a qualidade ou características do produto, diminuir-lhe o valor ou se tratar de produto essencial.
§4º Tendo o consumidor optado pela alternativa do inciso I do §1º deste artigo, e não sendo possível a substituição do bem, poderá haver substituição por outro de espécie, marca ou modelo diversos, mediante complementação ou restituição de eventual diferença de preço, sem prejuízo do disposto nos incisos II e III do §1º deste artigo.
§5º No caso de fornecimento de produtos in natura, será responsável perante o consumidor o fornecedor imediato, exceto quando identificado claramente seu produtor.
§6º São impróprios ao uso e consumo:
I - os produtos cujos prazos de validade estejam vencidos;
II - os produtos deteriorados, alterados, adulterados, avariados, falsificados, corrompidos, fraudados, nocivos à vida ou à saúde, perigosos ou, ainda, aqueles em desacordo com as normas regulamentares de fabricação, distribuição ou apresentação;
III - os produtos que, por qualquer motivo, se revelem inadequados ao fim a que se destinam.
Art. 19. Os fornecedores respondem solidariamente pelos vícios de quantidade do produto sempre que, respeitadas as variações decorrentes de sua natureza, seu conteúdo líquido for inferior às indicações constantes do recipiente, da embalagem, rotulagem ou de mensagem publicitária, podendo o consumidor exigir, alternativamente e à sua escolha:
I - o abatimento proporcional do preço;
II - complementação do peso ou medida;
III - a substituição do produto por outro da mesma espécie, marca ou modelo, sem os aludidos vícios;
IV - a restituição imediata da quantia paga, monetariamente atualizada, sem prejuízo de eventuais perdas e danos.
§1º Aplica-se a este artigo o disposto no §4° do artigo anterior.
§2º O fornecedor imediato será responsável quando fizer a pesagem ou a medição e o instrumento utilizado não estiver aferido segundo os padrões oficiais.
Art. 20. O fornecedor de serviços responde pelos vícios de qualidade que os tornem impróprios ao consumo ou lhes diminuam o valor, assim como por aqueles decorrentes da disparidade com as indicações constantes da oferta ou mensagem publicitária, podendo o consumidor exigir, alternativamente e à sua escolha:
I - a re-execução dos serviços, sem custo adicional e quando cabível;

II - a restituição imediata da quantia paga, monetariamente atualizada, sem prejuízo de eventuais perdas e danos;
III - o abatimento proporcional do preço.
§1º A re-execução dos serviços poderá ser confiada a terceiros devidamente capacitados, por conta e risco do fornecedor.
§2º São impróprios os serviços que se mostrem inadequados para os fins que razoavelmente deles se esperam, bem como aqueles que não atendam as normas regulamentares de prestabilidade.
Art. 21. No fornecimento de serviços que tenham por objetivo a reparação de qualquer produto considerar-se-á implícita a obrigação do fornecedor de empregar componentes de reposição originais adequados e novos, ou que mantenham as especificações técnicas do fabricante, salvo, quanto a estes últimos, autorização em contrário do consumidor.
Art. 22. Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos.
Parágrafo único. Nos casos de descumprimento, total ou parcial, das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste código.
Art. 23. A ignorância do fornecedor sobre os vícios de qualidade por inadequação dos produtos e serviços não o exime de responsabilidade.
Art. 24. A garantia legal de adequação do produto ou serviço independe de termo expresso, vedada a exoneração contratual do fornecedor.
Art. 25. É vedada a estipulação contratual de cláusula que impossibilite, exonere ou atenue a obrigação de indenizar prevista nesta e nas seções anteriores.
§1º Havendo mais de um responsável pela causação do dano, todos responderão solidariamente pela reparação prevista nesta e nas seções anteriores.
§2º Sendo o dano causado por componente ou peça incorporada ao produto ou serviço, são responsáveis solidários seu fabricante, construtor ou importador e o que realizou a incorporação.

Seção IV
Da Decadência e da Prescrição

Art. 26. O direito de reclamar pelos vícios aparentes ou de fácil constatação caduca em:
I - trinta dias, tratando-se de fornecimento de serviço e de produtos não duráveis;
II - noventa dias, tratando-se de fornecimento de serviço e de produtos duráveis.
§1º Inicia-se a contagem do prazo decadencial a partir da entrega efetiva do produto ou do término da execução dos serviços.
§2º Obstam a decadência:
I - a reclamação comprovadamente formulada pelo consumidor perante o fornecedor de produtos e serviços até a resposta negativa correspondente, que deve ser transmitida de forma inequívoca;
II - (Vetado).
III - a instauração de inquérito civil, até seu encerramento.
§3º Tratando-se de vício oculto, o prazo decadencial inicia-se no momento em que ficar evidenciado o defeito.
Art. 27. Prescreve em cinco anos a pretensão à reparação pelos danos causados por fato do produto ou do serviço prevista na Seção II deste Capítulo, iniciando-se a contagem do prazo a partir do conhecimento do dano e de sua autoria.
Parágrafo único. (Vetado).

Seção V
Da Desconsideração da Personalidade Jurídica

Art. 28. O juiz poderá desconsiderar a personalidade jurídica da sociedade quando, em detrimento do consumidor, houver abuso de direito, excesso de poder, infração da lei, fato ou ato ilícito ou violação dos estatutos ou contrato social. A desconsideração também será efetivada quando houver falência, estado de insolvência, encerramento ou inatividade da pessoa jurídica provocados por má administração.
§1º (Vetado).

§2º As sociedades integrantes dos grupos societários e as sociedades controladas, são subsidiariamente responsáveis pelas obrigações decorrentes deste código.
§3º As sociedades consorciadas são solidariamente responsáveis pelas obrigações decorrentes deste código.
§4º As sociedades coligadas só responderão por culpa.
§5º Também poderá ser desconsiderada a pessoa jurídica sempre que sua personalidade for, de alguma forma, obstáculo ao ressarcimento de prejuízos causados aos consumidores.

CAPÍTULO V
DAS PRÁTICAS COMERCIAIS

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 29. Para os fins deste Capítulo e do seguinte, equiparam-se aos consumidores todas as pessoas determináveis ou não, expostas às práticas nele previstas.

Seção II
Da Oferta

Art. 30. Toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e integra o contrato que vier a ser celebrado.
Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.
Parágrafo único. As informações de que trata este artigo, nos produtos refrigerados oferecidos ao consumidor, serão gravadas de forma indelével.[1]
Art. 32. Os fabricantes e importadores deverão assegurar a oferta de componentes e peças de reposição enquanto não cessar a fabricação ou importação do produto.
Parágrafo único. Cessadas a produção ou importação, a oferta deverá ser mantida por período razoável de tempo, na forma da lei.
Art. 33. Em caso de oferta ou venda por telefone ou reembolso postal, deve constar o nome do fabricante e endereço na embalagem, publicidade e em todos os impressos utilizados na transação comercial.
Parágrafo único. É proibida apublicidade de bens e serviços por telefone, quando a chamada for onerosa ao consumidor que a origina.[2]
Art. 34. O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos.
Art. 35. Se o fornecedor de produtos ou serviços recusar cumprimento à oferta, apresentação ou publicidade, o consumidor poderá, alternativamente e à sua livre escolha:
I - exigir o cumprimento forçado da obrigação, nos termos da oferta, apresentação ou publicidade;
II - aceitar outro produto ou prestação de serviço equivalente;
III - rescindir o contrato, com direito à restituição de quantia eventualmente antecipada, monetariamente atualizada, e a perdas e danos.

Seção III
Da Publicidade

Art. 36. A publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal.

[1] O parágrafo único do art. 31 foi acrescido pela Lei Federal nº 11.989/2009.
[2] O parágrafo único do art. 33 foi acrescido pela Lei 11.800/2008.

Parágrafo único. O fornecedor, na publicidade de seus produtos ou serviços, manterá, em seu poder, para informação dos legítimos interessados, os dados fáticos, técnicos e científicos que dão sustentação à mensagem.

Art. 37. É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.

§1º É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

§2º É abusiva, dentre outras a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeita valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

§3º Para os efeitos deste código, a publicidade é enganosa por omissão quando deixar de informar sobre dado essencial do produto ou serviço.

§4º (Vetado).

Art. 38. O ônus da prova da veracidade e correção da informação ou comunicação publicitária cabe a quem as patrocina.

Seção IV
Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:[1]

I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;

II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;

III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;

IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;

V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;

VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;

VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;

VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);

IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais;

X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços.

XI - Dispositivo incluído pela MPV nº 1.890-67, de 22.10.1999, transformado em inciso XIII, quando da conversão na Lei nº 9.870, de 23.11.1999.

XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério.[2]

XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido.[3]

Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.

Art. 40. O fornecedor de serviço será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio discriminando o valor da mão-de-obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços.

---

[1] O *caput* do art. 39 e seus incisos IX e X estão com a redação dada pela Lei Federal nº 8.884/1994.

[2] O inciso XII do art. 39 foi incluído pela Lei Federal nº 9.008/1995.

[3] O inciso XIII do art. 39 foi incluído pela Lei Federal nº 9.870/1999.

§1º Salvo estipulação em contrário, o valor orçado terá validade pelo prazo de dez dias, contado de seu recebimento pelo consumidor.
§2º Uma vez aprovado pelo consumidor, o orçamento obriga os contraentes e somente pode ser alterado mediante livre negociação das partes.
§3º O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos decorrentes da contratação de serviços de terceiros não previstos no orçamento prévio.
Art. 41. No caso de fornecimento de produtos ou de serviços sujeitos ao regime de controle ou de tabelamento de preços, os fornecedores deverão respeitar os limites oficiais sob pena de não o fazendo, responderem pela restituição da quantia recebida em excesso, monetariamente atualizada, podendo o consumidor exigir à sua escolha, o desfazimento do negócio, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Seção V
Da Cobrança de Dívidas

Art. 42. Na cobrança de débitos, o consumidor inadimplente não será exposto a ridículo, nem será submetido a qualquer tipo de constrangimento ou ameaça.
Parágrafo único. O consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável.
Art. 42-A. Em todos os documentos de cobrança de débitos apresentados ao consumidor, deverão constar o nome, o endereço e o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF ou no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ do fornecedor do produto ou serviço correspondente.[1]

Seção VI
Dos Bancos de Dados e Cadastros de Consumidores

Art. 43. O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes.
§1º Os cadastros e dados de consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos.
§2º A abertura de cadastro, ficha, registro e dados pessoais e de consumo deverá ser comunicada por escrito ao consumidor, quando não solicitada por ele.
§3º O consumidor, sempre que encontrar inexatidão nos seus dados e cadastros, poderá exigir sua imediata correção, devendo o arquivista, no prazo de cinco dias úteis, comunicar a alteração aos eventuais destinatários das informações incorretas.
§4º Os bancos de dados e cadastros relativos a consumidores, os serviços de proteção ao crédito e congêneres são considerados entidades de caráter público.
§5º Consumada a prescrição relativa à cobrança de débitos do consumidor, não serão fornecidas, pelos respectivos Sistemas de Proteção ao Crédito, quaisquer informações que possam impedir ou dificultar novo acesso ao crédito junto aos fornecedores.
§ 6º Todas as informações de que trata o caput deste artigo devem ser disponibilizadas em formatos acessíveis, inclusive para a pessoa com deficiência, mediante solicitação do consumidor.[2]
Art. 44. Os órgãos públicos de defesa do consumidor manterão cadastros atualizados de reclamações fundamentadas contra fornecedores de produtos e serviços, devendo divulgá-lo pública e anualmente. A divulgação indicará se a reclamação foi atendida ou não pelo fornecedor.
§1º É facultado o acesso às informações lá constantes para orientação e consulta por qualquer interessado.
§2º Aplicam-se a este artigo, no que couber, as mesmas regras enunciadas no artigo anterior e as do parágrafo único do art. 22 deste código.
Art. 45. (Vetado).

CAPÍTULO VI

[1] O art. 42-A foi acrescido pela Lei Federal nº 12.039/2009.
[2] O § 6º foi acrescido, conforme lei nº 13.146/2015.

DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

Seção I
Disposições Gerais

Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.
Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.
Art. 48. As declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica, nos termos do art. 84 e parágrafos.
Art. 49. O consumidor pode desistir do contrato, no prazo de 7 dias a contar de sua assinatura ou do ato de recebimento do produto ou serviço, sempre que a contratação de fornecimento de produtos e serviços ocorrer fora do estabelecimento comercial, especialmente por telefone ou a domicílio.
Parágrafo único. Se o consumidor exercitar o direito de arrependimento previsto neste artigo, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo de reflexão, serão devolvidos, de imediato, monetariamente atualizados.
Art. 50. A garantia contratual é complementar à legal e será conferida mediante termo escrito.
Parágrafo único. O termo de garantia ou equivalente deve ser padronizado e esclarecer, de maneira adequada em que consiste a mesma garantia, bem como a forma, o prazo e o lugar em que pode ser exercitada e os ônus a cargo do consumidor, devendo ser-lhe entregue, devidamente preenchido pelo fornecedor, no ato do fornecimento, acompanhado de manual de instrução, de instalação e uso do produto em linguagem didática, com ilustrações.

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (Vetado);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
§1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§3º (Vetado).
§4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação.[1]
§2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§3º (Vetado).
Art. 53. Nos contratos de compra e venda de móveis ou imóveis mediante pagamento em prestações, bem como nas alienações fiduciárias em garantia, consideram-se nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam a perda total das prestações pagas em benefício do credor que, em razão do inadimplemento, pleitear a resolução do contrato e a retomada do produto alienado.
§1º (Vetado).
§2º Nos contratos do sistema de consórcio de produtos duráveis, a compensação ou a restituição das parcelas quitadas, na forma deste artigo, terá descontada, além da vantagem econômica auferida com a fruição, os prejuízos que o desistente ou inadimplente causar ao grupo.
§3º Os contratos de que trata o *caput* deste artigo serão expressos em moeda corrente nacional.

Seção III
Dos Contratos de Adesão

Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.
§1º A inserção de cláusula no formulário não desfigura a natureza de adesão do contrato.
§2º Nos contratos de adesão admite-se cláusula resolutória, desde que a alternativa, cabendo a escolha ao consumidor, ressalvando-se o disposto no §2º do artigo anterior.
§3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, cujo tamanho da fonte não será inferior ao corpo doze, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.[2]
§4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.
§5º (Vetado).

CAPÍTULO VII
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS[3]

Art. 55. A União, os Estados e o Distrito Federal, em caráter concorrente e nas suas respectivas áreas de atuação administrativa, baixarão normas relativas à produção, industrialização, distribuição e consumo de produtos e serviços.

[1] O §1º do art. 52 teve sua redação alterada pela Lei Federal nº 9.298/1996.
[2] O §3º do art. 54 está alterado conforme a Lei Federal nº 11.785/2008.
[3] Vide Lei Federal nº 8.656/1993.

§1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios fiscalizarão e controlarão a produção, industrialização, distribuição, a publicidade de produtos e serviços e o mercado de consumo, no interesse da preservação da vida, da saúde, da segurança, da informação e do bem-estar do consumidor, baixando as normas que se fizerem necessárias.
§2º (Vetado).
§3º Os órgãos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais com atribuições para fiscalizar e controlar o mercado de consumo manterão comissões permanentes para elaboração, revisão e atualização das normas referidas no §1º, sendo obrigatória a participação dos consumidores e fornecedores.
§4º Os órgãos oficiais poderão expedir notificações aos fornecedores para que, sob pena de desobediência, prestem informações sobre questões de interesse do consumidor, resguardado o segredo industrial.
Art. 56. As infrações das normas de defesa do consumidor ficam sujeitas, conforme o caso, às seguintes sanções administrativas, sem prejuízo das de natureza civil, penal e das definidas em normas específicas:
I - multa;
II - apreensão do produto;
III - inutilização do produto;
IV - cassação do registro do produto junto ao órgão competente;
V - proibição de fabricação do produto;
VI - suspensão de fornecimento de produtos ou serviço;
VII - suspensão temporária de atividade;
VIII - revogação de concessão ou permissão de uso;
IX - cassação de licença do estabelecimento ou de atividade;
X - interdição, total ou parcial, de estabelecimento, de obra ou de atividade;
XI - intervenção administrativa;
XII - imposição de contrapropaganda.
Parágrafo único. As sanções previstas neste artigo serão aplicadas pela autoridade administrativa, no âmbito de sua atribuição, podendo ser aplicadas cumulativamente, inclusive por medida cautelar, antecedente ou incidente de procedimento administrativo.
Art. 57. A pena de multa, graduada de acordo com a gravidade da infração, a vantagem auferida e a condição econômica do fornecedor, será aplicada mediante procedimento administrativo, revertendo para o Fundo de que trata a Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, os valores cabíveis à União, ou para os Fundos estaduais ou municipais de proteção ao consumidor nos demais casos.[1]
Parágrafo único. A multa será em montante não inferior a duzentas e não superior a três milhões de vezes o valor da Unidade Fiscal de Referência (Ufir), ou índice equivalente que venha a substituí-lo.[2]
Art. 58. As penas de apreensão, de inutilização de produtos, de proibição de fabricação de produtos, de suspensão do fornecimento de produto ou serviço, de cassação do registro do produto e revogação da concessão ou permissão de uso serão aplicadas pela administração, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa, quando forem constatados vícios de quantidade ou de qualidade por inadequação ou insegurança do produto ou serviço.
Art. 59. As penas de cassação de alvará de licença, de interdição e de suspensão temporária da atividade, bem como a de intervenção administrativa, serão aplicadas mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa, quando o fornecedor reincidir na prática das infrações de maior gravidade previstas neste código e na legislação de consumo.
§1º A pena de cassação da concessão será aplicada à concessionária de serviço público, quando violar obrigação legal ou contratual.
§2º A pena de intervenção administrativa será aplicada sempre que as circunstâncias de fato desaconselharem a cassação de licença, a interdição ou suspensão da atividade.
§3º Pendendo ação judicial na qual se discuta a imposição de penalidade administrativa, não haverá reincidência até o trânsito em julgado da sentença.
Art. 60. A imposição de contrapropaganda será cominada quando o fornecedor incorrer na prática de publicidade enganosa ou abusiva, nos termos do art. 36 e seus parágrafos, sempre às expensas do infrator.

[1] O art. 57 teve sua redação dada pela Lei Federal nº 8.656/1993.
[2] O parágrafo único do art. 57 foi incluído pela Lei Federal nº 8.703/1993.

§1º A contrapropaganda será divulgada pelo responsável da mesma forma, freqüência e dimensão e, preferencialmente no mesmo veículo, local, espaço e horário, de forma capaz de desfazer o malefício da publicidade enganosa ou abusiva.
§2º (Vetado).
§3º (Vetado).

TÍTULO II
DAS INFRAÇÕES PENAIS

Art. 61. Constituem crimes contra as relações de consumo previstas neste código, sem prejuízo do disposto no Código Penal e leis especiais, as condutas tipificadas nos artigos seguintes.
Art. 62. (Vetado).
Art. 63. Omitir dizeres ou sinais ostensivos sobre a nocividade ou periculosidade de produtos, nas embalagens, nos invólucros, recipientes ou publicidade: Pena - Detenção de seis meses a dois anos e multa.
§1º Incorrerá nas mesmas penas quem deixar de alertar, mediante recomendações escritas ostensivas, sobre a periculosidade do serviço a ser prestado.
§2º Se o crime é culposo: Pena - Detenção de um a seis meses ou multa.
Art. 64. Deixar de comunicar à autoridade competente e aos consumidores a nocividade ou periculosidade de produtos cujo conhecimento seja posterior à sua colocação no mercado: Pena - Detenção de seis meses a dois anos e multa.
Parágrafo único. Incorrerá nas mesmas penas quem deixar de retirar do mercado, imediatamente quando determinado pela autoridade competente, os produtos nocivos ou perigosos, na forma deste artigo.
Art. 65. Executar serviço de alto grau de periculosidade, contrariando determinação de autoridade competente: Pena - Detenção de seis meses a dois anos e multa.
Parágrafo único. As penas deste artigo são aplicáveis sem prejuízo das correspondentes à lesão corporal e à morte.
Art. 66. Fazer afirmação falsa ou enganosa, ou omitir informação relevante sobre a natureza, característica, qualidade, quantidade, segurança, desempenho, durabilidade, preço ou garantia de produtos ou serviços: Pena - Detenção de três meses a um ano e multa.
§1º Incorrerá nas mesmas penas quem patrocinar a oferta.
§2º Se o crime é culposo; Pena Detenção de um a seis meses ou multa.
Art. 67. Fazer ou promover publicidade que sabe ou deveria saber ser enganosa ou abusiva: Pena - Detenção de três meses a um ano e multa.
Parágrafo único. (Vetado).
Art. 68. Fazer ou promover publicidade que sabe ou deveria saber ser capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa a sua saúde ou segurança: Pena - Detenção de seis meses a dois anos e multa:
Parágrafo único. (Vetado).
Art. 69. Deixar de organizar dados fáticos, técnicos e científicos que dão base à publicidade: Pena Detenção de um a seis meses ou multa.
Art. 70. Empregar na reparação de produtos, peça ou componentes de reposição usados, sem autorização do consumidor: Pena - Detenção de três meses a um ano e multa.
Art. 71. Utilizar, na cobrança de dívidas, de ameaça, coação, constrangimento físico ou moral, afirmações falsas incorretas ou enganosas ou de qualquer outro procedimento que exponha o consumidor, injustificadamente, a ridículo ou interfira com seu trabalho, descanso ou lazer: Pena Detenção de três meses a um ano e multa.
Art. 72. Impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registros: Pena - Detenção de seis meses a um ano ou multa.
Art. 73. Deixar de corrigir imediatamente informação sobre consumidor constante de cadastro, banco de dados, fichas ou registros que sabe ou deveria saber ser inexata: Pena - Detenção de um a seis meses ou multa.
Art. 74. Deixar de entregar ao consumidor o termo de garantia adequadamente preenchido e com especificação clara de seu conteúdo; Pena - Detenção de um a seis meses ou multa.
Art. 75. Quem, de qualquer forma, concorrer para os crimes referidos neste código, incide as penas a esses cominadas na medida de sua culpabilidade, bem como o diretor, administrador ou gerente da

pessoa jurídica que promover, permitir ou por qualquer modo aprovar o fornecimento, oferta, exposição à venda ou manutenção em depósito de produtos ou a oferta e prestação de serviços nas condições por ele proibidas.

Art. 76. São circunstâncias agravantes dos crimes tipificados neste código:

I - serem cometidos em época de grave crise econômica ou por ocasião de calamidade;

II - ocasionarem grave dano individual ou coletivo;

III - dissimular-se a natureza ilícita do procedimento;

IV - quando cometidos:

a) por servidor público, ou por pessoa cuja condição econômico-social seja manifestamente superior à da vítima;

b) em detrimento de operário ou rurícola; de menor de dezoito ou maior de sessenta anos ou de pessoas portadoras de deficiência mental interditadas ou não;

V - serem praticados em operações que envolvam alimentos, medicamentos ou quaisquer outros produtos ou serviços essenciais.

Art. 77. A pena pecuniária prevista nesta Seção será fixada em dias-multa, correspondente ao mínimo e ao máximo de dias de duração da pena privativa da liberdade cominada ao crime. Na individualização desta multa, o juiz observará o disposto no art. 60, §1º do Código Penal.

Art. 78. Além das penas privativas de liberdade e de multa, podem ser impostas, cumulativa ou alternadamente, observado o disposto nos arts. 44 a 47, do Código Penal:

I - a interdição temporária de direitos;

II - a publicação em órgãos de comunicação de grande circulação ou audiência, às expensas do condenado, de notícia sobre os fatos e a condenação;

III - a prestação de serviços à comunidade.

Art. 79. O valor da fiança, nas infrações de que trata este código, será fixado pelo juiz, ou pela autoridade que presidir o inquérito, entre cem e duzentas mil vezes o valor do Bônus do Tesouro Nacional (BTN), ou índice equivalente que venha a substituí-lo.

Parágrafo único. Se assim recomendar a situação econômica do indiciado ou réu, a fiança poderá ser:

a) reduzida até a metade do seu valor mínimo;

b) aumentada pelo juiz até vinte vezes.

Art. 80. No processo penal atinente aos crimes previstos neste código, bem como a outros crimes e contravenções que envolvam relações de consumo, poderão intervir, como assistentes do Ministério Público, os legitimados indicados no art. 82, inciso III e IV, aos quais também é facultado propor ação penal subsidiária, se a denúncia não for oferecida no prazo legal.

TÍTULO III
DA DEFESA DO CONSUMIDOR EM JUÍZO

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 81. A defesa dos interesses e direitos dos consumidores e das vítimas poderá ser exercida em juízo individualmente, ou a título coletivo.

Parágrafo único. A defesa coletiva será exercida quando se tratar de:

I - interesses ou direitos difusos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato;

II - interesses ou direitos coletivos, assim entendidos, para efeitos deste código, os transindividuais, de natureza indivisível de que seja titular grupo, categoria ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base;

III - interesses ou direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum.

Art. 82. Para os fins do art. 81, parágrafo único, são legitimados concorrentemente:[1]

I - o Ministério Público,

II - a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal;

III - as entidades e órgãos da Administração Pública, direta ou indireta, ainda que sem personalidade jurídica, especificamente destinados à defesa dos interesses e direitos protegidos por este código;

[1] O art. 57 teve sua redação dada pela Lei Federal nº 9.008/1995.

IV - as associações legalmente constituídas há pelo menos um ano e que incluam entre seus fins institucionais a defesa dos interesses e direitos protegidos por este código, dispensada a autorização assemblear.
§1º O requisito da pré-constituição pode ser dispensado pelo juiz, nas ações previstas nos arts. 91 e seguintes, quando haja manifesto interesse social evidenciado pela dimensão ou característica do dano, ou pela relevância do bem jurídico a ser protegido.
§2º (Vetado).
§3º (Vetado).
Art. 83. Para a defesa dos direitos e interesses protegidos por este código são admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela.
Parágrafo único. (Vetado).
Art. 84. Na ação que tenha por objeto o cumprimento da obrigação de fazer ou não fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao do adimplemento.
§1º A conversão da obrigação em perdas e danos somente será admissível se por elas optar o autor ou se impossível a tutela específica ou a obtenção do resultado prático correspondente.
§2º A indenização por perdas e danos se fará sem prejuízo da multa (art. 287, do Código de Processo Civil).
§3º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, citado o réu.
§4º O juiz poderá, na hipótese do §3º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente de pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.
§5º Para a tutela específica ou para a obtenção do resultado prático equivalente, poderá o juiz determinar as medidas necessárias, tais como busca e apreensão, remoção de coisas e pessoas, desfazimento de obra, impedimento de atividade nociva, além de requisição de força policial.
Art. 85. (Vetado).
Art. 86. (Vetado).
Art. 87. Nas ações coletivas de que trata este código não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas, nem condenação da associação autora, salvo comprovada má-fé, em honorários de advogados, custas e despesas processuais.
Parágrafo único. Em caso de litigância de má-fé, a associação autora e os diretores responsáveis pela propositura da ação serão solidariamente condenados em honorários advocatícios e ao décuplo das custas, sem prejuízo da responsabilidade por perdas e danos.
Art. 88. Na hipótese do art. 13, parágrafo único deste código, a ação de regresso poderá ser ajuizada em processo autônomo, facultada a possibilidade de prosseguir-se nos mesmos autos, vedada a denunciação da lide.
Art. 89. (Vetado).
Art. 90. Aplicam-se às ações previstas neste título as normas do Código de Processo Civil e da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, inclusive no que respeita ao inquérito civil, naquilo que não contrariar suas disposições.

CAPÍTULO II
DAS AÇÕES COLETIVAS PARA A DEFESA DE INTERESSES INDIVIDUAIS HOMOGÊNEOS

Art. 91. Os legitimados de que trata o art. 82 poderão propor, em nome próprio e no interesse das vítimas ou seus sucessores, ação civil coletiva de responsabilidade pelos danos individualmente sofridos, de acordo com o disposto nos artigos seguintes.[1]
Art. 92. O Ministério Público, se não ajuizar a ação, atuará sempre como fiscal da lei.
Parágrafo único. (Vetado).
Art. 93. Ressalvada a competência da Justiça Federal, é competente para a causa a justiça local:
I - no foro do lugar onde ocorreu ou deva ocorrer o dano, quando de âmbito local;
II - no foro da Capital do Estado ou no do Distrito Federal, para os danos de âmbito nacional ou regional, aplicando-se as regras do Código de Processo Civil aos casos de competência concorrente.

[1] O art. 91 teve sua redação dada pela Lei Federal nº 9.008/1995.

Art. 94. Proposta a ação, será publicado edital no órgão oficial, a fim de que os interessados possam intervir no processo como litisconsortes, sem prejuízo de ampla divulgação pelos meios de comunicação social por parte dos órgãos de defesa do consumidor.
Art. 95. Em caso de procedência do pedido, a condenação será genérica, fixando a responsabilidade do réu pelos danos causados.
Art. 96. (Vetado).
Art. 97. A liquidação e a execução de sentença poderão ser promovidas pela vítima e seus sucessores, assim como pelos legitimados de que trata o art. 82.
Parágrafo único. (Vetado).
Art. 98. A execução poderá ser coletiva, sendo promovida pelos legitimados de que trata o art. 82, abrangendo as vítimas cujas indenizações já tiveram sido fixadas em sentença de liquidação, sem prejuízo do ajuizamento de outras execuções.[1]
§1º A execução coletiva far-se-á com base em certidão das sentenças de liquidação, da qual deverá constar a ocorrência ou não do trânsito em julgado.
§2º É competente para a execução o juízo:
I - da liquidação da sentença ou da ação condenatória, no caso de execução individual;
II - da ação condenatória, quando coletiva a execução.
Art. 99. Em caso de concurso de créditos decorrentes de condenação prevista na Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 e de indenizações pelos prejuízos individuais resultantes do mesmo evento danoso, estas terão preferência no pagamento.
Parágrafo único. Para efeito do disposto neste artigo, a destinação da importância recolhida ao fundo criado pela Lei nº 7.347 de 24 de julho de 1985, ficará sustada enquanto pendentes de decisão de segundo grau as ações de indenização pelos danos individuais, salvo na hipótese de o patrimônio do devedor ser manifestamente suficiente para responder pela integralidade das dívidas.
Art. 100. Decorrido o prazo de um ano sem habilitação de interessados em número compatível com a gravidade do dano, poderão os legitimados do art. 82 promover a liquidação e execução da indenização devida.
Parágrafo único. O produto da indenização devida reverterá para o fundo criado pela Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

CAPÍTULO III
DAS AÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO FORNECEDOR DE PRODUTOS E SERVIÇOS

Art. 101. Na ação de responsabilidade civil do fornecedor de produtos e serviços, sem prejuízo do disposto nos Capítulos I e II deste título, serão observadas as seguintes normas:
I - a ação pode ser proposta no domicílio do autor;
II - o réu que houver contratado seguro de responsabilidade poderá chamar ao processo o segurador, vedada a integração do contraditório pelo Instituto de Resseguros do Brasil. Nesta hipótese, a sentença que julgar procedente o pedido condenará o réu nos termos do art. 80 do Código de Processo Civil. Se o réu houver sido declarado falido, o síndico será intimado a informar a existência de seguro de responsabilidade, facultando-se, em caso afirmativo, o ajuizamento de ação de indenização diretamente contra o segurador, vedada a denunciação da lide ao Instituto de Resseguros do Brasil e dispensado o litisconsórcio obrigatório com este.
Art. 102. Os legitimados a agir na forma deste código poderão propor ação visando compelir o Poder Público competente a proibir, em todo o território nacional, a produção, divulgação distribuição ou venda, ou a determinar a alteração na composição, estrutura, fórmula ou acondicionamento de produto, cujo uso ou consumo regular se revele nocivo ou perigoso à saúde pública e à incolumidade pessoal.
§1º (Vetado).
§2º (Vetado).

CAPÍTULO IV
DA COISA JULGADA

Art. 103. Nas ações coletivas de que trata este código, a sentença fará coisa julgada:

[1] O art. 98 teve sua redação dada pela Lei Federal nº 9.008/1995.

I - *erga omnes*, exceto se o pedido for julgado improcedente por insuficiência de provas, hipótese em que qualquer legitimado poderá intentar outra ação, com idêntico fundamento valendo-se de nova prova, na hipótese do inciso I do parágrafo único do art. 81;
II - *ultra partes*, mas limitadamente ao grupo, categoria ou classe, salvo improcedência por insuficiência de provas, nos termos do inciso anterior, quando se tratar da hipótese prevista no inciso II do parágrafo único do art. 81;
III - *erga omnes*, apenas no caso de procedência do pedido, para beneficiar todas as vítimas e seus sucessores, na hipótese do inciso III do parágrafo único do art. 81.
§1º Os efeitos da coisa julgada previstos nos incisos I e II não prejudicarão interesses e direitos individuais dos integrantes da coletividade, do grupo, categoria ou classe.
§2º Na hipótese prevista no inciso III, em caso de improcedência do pedido, os interessados que não tiverem intervindo no processo como litisconsortes poderão propor ação de indenização a título individual.
§3º Os efeitos da coisa julgada de que cuida o art. 16, combinado com o art. 13 da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, não prejudicarão as ações de indenização por danos pessoalmente sofridos, propostas individualmente ou na forma prevista neste código, mas, se procedente o pedido, beneficiarão as vítimas e seus sucessores, que poderão proceder à liquidação e à execução, nos termos dos arts. 96 a 99.
§4º Aplica-se o disposto no parágrafo anterior à sentença penal condenatória.
Art. 104. As ações coletivas, previstas nos incisos I e II e do parágrafo único do art. 81, não induzem litispendência para as ações individuais, mas os efeitos da coisa julgada *erga omnes* ou *ultra partes* a que aludem os incisos II e III do artigo anterior não beneficiarão os autores das ações individuais, se não for requerida sua suspensão no prazo de trinta dias, a contar da ciência nos autos do ajuizamento da ação coletiva.

TÍTULO IV
DO SISTEMA NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Art. 105. Integram o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), os órgãos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais e as entidades privadas de defesa do consumidor.
Art. 106. O Departamento Nacional de Defesa do Consumidor, da Secretaria Nacional de Direito Econômico (MJ), ou órgão federal que venha substituí-lo, é organismo de coordenação da política do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, cabendo-lhe:
I - planejar, elaborar, propor, coordenar e executar a política nacional de proteção ao consumidor;
II - receber, analisar, avaliar e encaminhar consultas, denúncias ou sugestões apresentadas por entidades representativas ou pessoas jurídicas de direito público ou privado;
III - prestar aos consumidores orientação permanente sobre seus direitos e garantias;
IV - informar, conscientizar e motivar o consumidor através dos diferentes meios de comunicação;
V - solicitar à polícia judiciária a instauração de inquérito policial para a apreciação de delito contra os consumidores, nos termos da legislação vigente;
VI - representar ao Ministério Público competente para fins de adoção de medidas processuais no âmbito de suas atribuições;
VII - levar ao conhecimento dos órgãos competentes as infrações de ordem administrativa que violarem os interesses difusos, coletivos, ou individuais dos consumidores;
VIII - solicitar o concurso de órgãos e entidades da União, Estados, do Distrito Federal e Municípios, bem como auxiliar a fiscalização de preços, abastecimento, quantidade e segurança de bens e serviços;
IX - incentivar, inclusive com recursos financeiros e outros programas especiais, a formação de entidades de defesa do consumidor pela população e pelos órgãos públicos estaduais e municipais;
X - (Vetado).
XI - (Vetado).
XII - (Vetado).
XIII - desenvolver outras atividades compatíveis com suas finalidades.
Parágrafo único. Para a consecução de seus objetivos, o Departamento Nacional de Defesa do Consumidor poderá solicitar o concurso de órgãos e entidades de notória especialização técnico-científica.

TÍTULO V
DA CONVENÇÃO COLETIVA DE CONSUMO

Art. 107. As entidades civis de consumidores e as associações de fornecedores ou sindicatos de categoria econômica podem regular, por convenção escrita, relações de consumo que tenham por objeto estabelecer condições relativas ao preço, à qualidade, à quantidade, à garantia e características de produtos e serviços, bem como à reclamação e composição do conflito de consumo.
§1º A convenção tornar-se-á obrigatória a partir do registro do instrumento no cartório de títulos e documentos.
§2º A convenção somente obrigará os filiados às entidades signatárias.
§3º Não se exime de cumprir a convenção o fornecedor que se desligar da entidade em data posterior ao registro do instrumento.
Art. 108. (Vetado).

TÍTULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 109. (Vetado).
Art. 110. Acrescente-se o seguinte inciso IV ao art. 1º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985:
"IV - a qualquer outro interesse difuso ou coletivo".
Art. 111. O inciso II do art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, passa a ter a seguinte redação:
"II - inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, ou a qualquer outro interesse difuso ou coletivo".
Art. 112. O §3º do art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, passa a ter a seguinte redação:
"§3º Em caso de desistência infundada ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado assumirá a titularidade ativa".
Art. 113. Acrescente-se os seguintes §§4º, 5º e 6º ao art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985:
"§4º O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz, quando haja manifesto interesse social evidenciado pela dimensão ou característica do dano, ou pela relevância do bem jurídico a ser protegido.
§5º Admitir-se-á o litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União, do Distrito Federal e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta lei.
§6º Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante combinações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial".
Art. 114. O art. 15 da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, passa a ter a seguinte redação:
"Art. 15. Decorridos sessenta dias do trânsito em julgado da sentença condenatória, sem que a associação autora lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada igual iniciativa aos demais legitimados".
Art. 115. Suprima-se o *caput* do art. 17 da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, passando o parágrafo único a constituir o *caput*, com a seguinte redação:
"Art. 17. Em caso de litigância de má-fé, a danos".
Art. 116. Dê-se a seguinte redação ao art. 18 da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985:
"Art. 18. Nas ações de que trata esta lei, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas, nem condenação da associação autora, salvo comprovada má-fé, em honorários de advogado, custas e despesas processuais".
Art. 117. Acrescente-se à Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, o seguinte dispositivo, renumerando-se os seguintes:
"Art. 21. Aplicam-se à defesa dos direitos e interesses difusos, coletivos e individuais, no que for cabível, os dispositivos do Título III da lei que instituiu o Código de Defesa do Consumidor".
Art. 118. Este código entrará em vigor dentro de cento e oitenta dias a contar de sua publicação.
Art. 119. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 11 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Presidente da República

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 20031 (NORMA PARCIAL)

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: [...]

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
§1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:
I - cadastramento da população idosa em base territorial;
II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.
§2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
§3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
§4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
§5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento:[2]
I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou
II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído.
§6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária.[3]
Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.
Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.
Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:
I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

[1] Publicada no DOU em 03/10/2003, seção 1, p. 01.
[2] O §5º foi incluído, conforme Lei Federal nº 12.896/2013.
[3] O §6º foi incluído, conforme Lei Federal nº 12.896/2013.

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:[1]
I - autoridade policial;
II - Ministério Público;
III - Conselho Municipal do Idoso;
IV - Conselho Estadual do Idoso;
V - Conselho Nacional do Idoso.

§1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

§2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no *caput* deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

[...]

Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

[1] O *caput* do art. 19 está alterado e os §§1º e 2º foram incluídos, conforme art. 2º da Lei Federal nº 12.461/2011.

LEI Nº 5.764, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1971[1]

Define a Política Nacional de Cooperativismo, Institui o Regime Jurídico das Sociedades Cooperativas, e dá outras Providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA POLÍTICA NACIONAL DE COOPERATIVISMO

Art. 1º Compreende-se como Política Nacional de Cooperativismo a atividade decorrente das iniciativas ligadas ao sistema cooperativo originárias de setor público ou privado, isoladas ou coordenadas entre si, desde que reconhecido seu interesse público.
Art. 2º As atribuições do Governo Federal na coordenação e no estímulo às atividades de cooperativismo no território nacional serão exercidas na forma desta Lei e das normas que surgirem em sua decorrência.
Parágrafo único. A ação do Poder Público se exercerá, principalmente, mediante prestação de assistência técnica e de incentivos financeiros e creditórios especiais, necessários à criação, desenvolvimento e integração das entidades cooperativas.

CAPÍTULO II
DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS

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:
I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes;
III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;
IV - incessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;
V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
VI - quorum para o funcionamento e deliberação da assembléia geral baseado no número de associados e não no capital;
VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da assembléia geral;
VIII - indivisibilidade dos Fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;
IX - neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;
X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;
XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.

[1] Publicada no DOU em 16/12/1971.

CAPÍTULO III
DO OBJETIVO E CLASSIFICAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS

Art. 5º As sociedades cooperativas poderão adotar por objeto qualquer gênero de serviço, operação ou atividade, assegurando-se-lhes o direito exclusivo e exigindo-se-lhes a obrigação do uso da expressão "cooperativa" em sua denominação.
Parágrafo único. É vedado às cooperativas o uso da expressão "banco".
Art. 6º As sociedades cooperativas são consideradas:
I - singulares, as constituídas pelo número mínimo de vinte pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos;
II - cooperativas centrais ou federações de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, três singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais;
III - confederações de cooperativas, as constituídas, pelo menos, de três federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades.
§1º Os associados individuais das cooperativas centrais e federações de cooperativas serão inscritos no Livro de Matrícula da sociedade e classificados em grupos visando à transformação, no futuro, em cooperativas singulares que a elas se filiarão.
§2º A exceção estabelecida no item II, in fine, do *caput* deste artigo não se aplica às centrais e federações que exerçam atividades de crédito.
Art. 7º As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos associados.
Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.
Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas.
Art. 9º As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações.
Art. 10. As cooperativas se classificam também de acordo com o objeto ou pela natureza das atividades desenvolvidas por elas ou por seus associados.
§1º Além das modalidades de cooperativas já consagradas, caberá ao respectivo órgão controlador apreciar e caracterizar outras que se apresentem.
§2º Serão consideradas mistas as cooperativas que apresentarem mais de um objeto de atividades.
§3º Revogado.[1]
Art. 11. As sociedades cooperativas serão de responsabilidade limitada, quando a responsabilidade do associado pelos compromissos da sociedade se limitar ao valor do capital por ele subscrito.
Art. 12. As sociedades cooperativas serão de responsabilidade ilimitada, quando a responsabilidade do associado pelos compromissos da sociedade for pessoal, solidária e não tiver limite.
Art. 13. A responsabilidade do associado para com terceiros, como membro da sociedade, somente poderá ser invocada depois de judicialmente exigida da cooperativa.

CAPÍTULO IV
DA CONSTITUIÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS

Art. 14. A sociedade cooperativa constitui-se por deliberação da assembléia geral dos fundadores, constantes da respectiva ata ou por instrumento público.
Art. 15. O ato constitutivo, sob pena de nulidade, deverá declarar:
I - a denominação da entidade, sede e objeto de funcionamento;
II - o nome, nacionalidade, idade, estado civil, profissão e residência dos associados, fundadores que o assinaram, bem como o valor e número da quota-parte de cada um;
III - aprovação do estatuto da sociedade;
IV - o nome, nacionalidade, estado civil, profissão e residência dos associados eleitos para os órgãos de administração, fiscalização e outros.

[1] O §3º do art. 10 foi revogado pela Lei Complementar nº 130/2009.

Art. 16. O ato constitutivo da sociedade e os estatutos, quando não transcritos naquele, serão assinados pelos fundadores.

Seção I
Da Autorização de Funcionamento

Art. 17. A cooperativa constituída na forma da legislação vigente apresentará ao respectivo órgão executivo federal de controle, no Distrito Federal, Estados ou Territórios, ou ao órgão local para isso credenciado, dentro de 30 (trinta) dias da data da constituição, para fins de autorização, requerimento acompanhado de quatro vias do ato constitutivo, estatuto e lista nominativa, além de outros documentos considerados necessários.

Art. 18. Verificada, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de entrada em seu protocolo, pelo respectivo órgão executivo federal de controle ou órgão local para isso credenciado, a existência de condições de funcionamento da cooperativa em constituição, bem como a regularidade da documentação apresentada, o órgão controlador devolverá, devidamente autenticadas, duas vias à cooperativa, acompanhadas de documentos dirigidos à Junta Comercial do Estado, onde a entidade estiver sediada, comunicando a aprovação do ato constitutivo da requerente.

§1º Dentro desse prazo, o órgão controlador, quando julgar conveniente, no interesse do fortalecimento do sistema, poderá ouvir o Conselho Nacional de Cooperativismo, caso em que não se verificará a aprovação automática prevista no parágrafo seguinte.

§2º A falta de manifestação do órgão controlador no prazo a que se refere este artigo implicará a aprovação do ato constitutivo e o seu subseqüente arquivamento na Junta Comercial respectiva.

§3º Se qualquer das condições citadas neste artigo não for atendida satisfatoriamente, o órgão ao qual compete conceder a autorização dará ciência ao requerente, indicando as exigências a serem cumpridas no prazo de 60 (sessenta) dias, findos os quais, se não atendidas, o pedido será automaticamente arquivado.

§4º A parte é facultado interpor da decisão proferida pelo órgão controlador, nos Estados, Distrito Federal ou Territórios, recurso para a respectiva administração central, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contado da data do recebimento da comunicação e, em segunda e última instância, ao Conselho Nacional de Cooperativismo, também no prazo de 30 (trinta) dias, exceção feita às cooperativas de crédito, às seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas, e às cooperativas habitacionais, hipótese em que o recurso será apreciado pelo Conselho Monetário Nacional, no tocante às duas primeiras, e pelo Banco Nacional da Habitação em relação às últimas.

§5º Cumpridas as exigências, deverá o despacho do deferimento ou indeferimento da autorização ser exarado dentro de 60 (sessenta) dias, findos os quais, na ausência de decisão, o requerimento será considerado deferido. Quando a autorização depender de dois ou mais órgãos do Poder Público, cada um deles terá o prazo de 60 (sessenta) dias para se manifestar.

§6º Arquivados os documentos na Junta Comercial e feita a respectiva publicação, a cooperativa adquire personalidade jurídica, tornando-se apta a funcionar.

§7º A autorização caducará, independentemente de qualquer despacho, se a cooperativa não entrar em atividade dentro do prazo de 90 (noventa) dias contados da data em que forem arquivados os documentos na Junta Comercial.

§8º Cancelada a autorização, o órgão de controle expedirá comunicação à respectiva Junta Comercial, que dará baixa nos documentos arquivados.

§9º A autorização para funcionamento das cooperativas de habitação, das de crédito e das seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas subordina-se, ainda, à política dos respectivos órgãos normativos.

§10. Revogado.[1]

Art. 19. A cooperativa escolar não estará sujeita ao arquivamento dos documentos de constituição, bastando remetê-los ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, ou respectivo órgão local de controle, devidamente autenticados pelo diretor do estabelecimento de ensino, ou a maior autoridade escolar do município, quando a cooperativa congregar associações de mais de um estabelecimento de ensino.

Art. 20. A reforma de estatutos obedecerá, no que couber, ao disposto nos artigos anteriores, observadas as prescrições dos órgãos normativos.

[1] O §10 do art. 18 foi revogado pela Lei Complementar nº 130/2009.

Seção II
Do Estatuto Social

Art. 21. O estatuto da cooperativa, além de atender ao disposto no art. 4, deverá indicar:
I - a denominação, sede, prazo de duração, área de ação, objeto da sociedade, fixação do exercício social e da data do levantamento do balanço geral;
II - os direitos e deveres dos associados, natureza de suas responsabilidades e as condições de admissão, demissão, eliminação e exclusão e as normas para sua representação nas assembléias gerais;
III - o capital mínimo, o valor da quota-parte, o mínimo de quotas partes a ser subscrito pelo associado, o modo de integralização das quotas-partes, bem como as condições de sua retirada nos casos de demissão, eliminação ou de exclusão do associado;
IV - a forma de devolução das sobras registradas aos associados, ou do rateio das perdas apuradas por insuficiência de contribuição para cobertura das despesas da sociedade;
V - o modo de administração e fiscalização, estabelecendo os respectivos órgãos, com definição de suas atribuições, poderes e funcionamento, a representação ativa e passiva da sociedade em juízo ou fora dele, o prazo do mandato, bem como o processo de substituição dos administradores e conselheiros fiscais;
VI - as formalidades de convocação das assembléias gerais e a maioria requerida para a sua instalação e validade de suas deliberações, vedado o direito de voto aos que nelas tiverem interesse particular sem privá-los da participação nos debates;
VII - os casos de dissolução voluntária da sociedade;
VIII - o modo e o processo de alienação ou oneração de bens imóveis da sociedade;
IX - o modo de reformar o estatuto;
X - o número mínimo de associados.

CAPÍTULO V
DOS LIVROS

Art. 22. A sociedade cooperativa deverá possuir os seguintes livros:
I - de Matricula;
II - de Atas das Assembléias Gerais;
III - de Atas dos Órgãos de Administração;
IV - de Atas do Conselho Fiscal;
V - de Presença dos Associados nas Assembléias Gerais;
VI - outros, fiscais e contábeis, obrigatórios.
Parágrafo único. É facultada a adoção de livros de folhas soltas ou fichas.
Art. 23. No Livro de Matricula, os associados serão inscritos por ordem cronológica de admissão, dele constando:
I - o nome, idade, estado civil, nacionalidade, profissão e residência do associado;
II - a data de sua admissão e, quando for o caso, de sua demissão a pedido, eliminação ou exclusão;
III - a conta corrente das respectivas quotas-partes do capital social.

CAPÍTULO VI
DO CAPITAL SOCIAL

Art. 24. O capital social será subdividido em quotas-partes, cujo valor unitário não poderá ser superior ao maior salário mínimo vigente no País.
§1º Nenhum associado poderá subscrever mais de um terço do total das quotas-partes, salvo nas sociedades em que a subscrição deva ser diretamente proporcional ao movimento financeiro do cooperado ou ao quantitativo dos produtos a serem comercializados, beneficiados ou transformados, ou ainda, em relação à área cultivada ou ao número de plantas e animais em exploração.
§2º Não estão sujeitas ao limite estabelecido no parágrafo anterior as pessoas jurídicas de direito público que participem de cooperativas de eletrificação, irrigação e telecomunicações.
§3º É vedado às cooperativas distribuírem qualquer espécie de benefício às quotas-partes do capital ou estabelecer outras vantagens ou privilégios, financeiros ou não, em favor de quaisquer associados ou terceiros, excetuando-se os juros até o máximo de 12% (doze por cento) ao ano que incidirão sobre a parte integralizada.

§ 4º As quotas de que trata o caput deixam de integrar o patrimônio líquido da cooperativa quando se tornar exigível, na forma prevista no estatuto social e na legislação vigente, a restituição do capital integralizado pelo associado, em razão do seu desligamento, por demissão, exclusão ou eliminação.[1]
Art. 25. Para a formação do capital social poder-se-á estipular que o pagamento das quotas-partes seja realizado mediante prestações periódicas, independentemente de chamada, por meio de contribuições ou outra forma estabelecida a critério dos respectivos órgãos executivos federais.
Art. 26. A transferência de quotas-partes será averbada no Livro de Matrícula, mediante termo que conterá as assinaturas do cedente, do cessionário e do diretor que o estatuto designar.
Art. 27. A integralização das quotas-partes e o aumento do capital social poderão ser feitos com bens avaliados previamente e após homologação em assembléia geral ou mediante retenção de determinada porcentagem do valor do movimento financeiro de cada associado.
§1º O disposto neste artigo não se aplica às cooperativas de crédito, às agrícolas mistas com seção de crédito e às habitacionais.
§2º Nas sociedades cooperativas em que a subscrição de capital for diretamente proporcional ao movimento ou à expressão econômica de cada associado, o estatuto deverá prever sua revisão periódica para ajustamento às condições vigentes.
Art. 28. As cooperativas são obrigadas a constituir:
I - Fundo de Reserva destinado a reparar perdas e atender ao desenvolvimento de suas atividades, constituído com 10% (dez por cento), pelo menos, das sobras líquidas do exercício;
II - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado a prestação de assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa, constituído de 5% (cinco por cento), pelo menos, das sobras líquidas apuradas no exercício.
§1º Além dos previstos neste artigo, a assembléia geral poderá criar outros fundos, inclusive rotativos, com recursos destinados a fins específicos fixando o modo de formação, aplicação e liquidação.
§2º Os serviços a serem atendidos pelo Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social poderão ser executados mediante convênio com entidades públicas e privadas.

CAPÍTULO VIII
DOS ASSOCIADOS

Art. 29. O ingresso nas cooperativas é livre a todos que desejarem utilizar os serviços prestados pela sociedade, desde que adiram aos propósitos sociais e preencham as condições estabelecidas no estatuto, ressalvado o disposto no art. 4º, I, desta Lei.
§1º A admissão dos associados poderá ser restrita, a critério do órgão normativo respectivo, às pessoas que exerçam determinada atividade ou profissão, ou estejam vinculadas a determinada entidade.
§2º Poderão ingressar nas cooperativas de pesca e nas constituídas por produtores rurais ou extrativistas as pessoas jurídicas que pratiquem as mesmas atividades econômicas das pessoas físicas associadas.
§3º Nas cooperativas de eletrificação, irrigação e telecomunicações, poderão ingressar as pessoas jurídicas que se localizem na respectiva área de operações.
§4º Não poderão ingressar no quadro das cooperativas os agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade.
Art. 30. À exceção das cooperativas de crédito e das agrícolas mistas com seção de crédito, admissão de associados, que se efetive mediante aprovação de seu pedido de ingresso pelo órgão de administração, complementa-se com a subscrição das quotas-partes de capital social e a sua assinatura no Livro de Matrícula.
Art. 31. O associado que aceitar e estabelecer relação empregatícia com a cooperativa perde o direito de votar e ser votado, até que sejam aprovadas as contas do exercício em que ele deixou o emprego.
Art. 32. A demissão do associado será unicamente a seu pedido.
Art. 33. A eliminação do associado é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária, ou por fato especial previsto no estatuto, mediante termo firmado por quem de direito no Livro de Matrícula, com os motivos que a determinaram.
Art. 34. A diretoria da cooperativa tem o prazo de 30 (trinta) dias para comunicar ao interessado a sua eliminação.
Parágrafo único. Da eliminação cabe recurso, com efeito suspensivo, à primeira assembléia geral.
Art. 35. A exclusão do associado será feita:

[1] O § 4º do art. 24 foi incluído, conforme Lei Federal nº 13.097/2015.

I - por dissolução da pessoa jurídica;
II - por morte da pessoa física;
III - por incapacidade civil não suprida;
IV - por deixar de atender aos requisitos estatutários de ingresso ou permanência na cooperativa.
Art. 36. A responsabilidade do associado perante terceiros, por compromissos da sociedade, perdura para os demitidos, eliminados ou excluídos até quando aprovadas as contas do exercício em que se deu o desligamento.
Parágrafo único. As obrigações dos associados falecidos, contraídas com a sociedade, e as oriundas de sua responsabilidade como associado em face de terceiros, passam aos herdeiros, prescrevendo, porém, após 1 (um) ano contado do dia da abertura da sucessão, ressalvados os aspectos peculiares das cooperativas de eletrificação rural e habitacionais.
Art. 37. A cooperativa assegurará a igualdade de direitos dos associados, sendo-lhe defeso:
I - remunerar a quem agencie novos associados;
II - cobrar prêmios ou ágio pela entrada de novos associados ainda a título de compensação das reservas;
III - estabelecer restrições de qualquer espécie ao livre exercício dos direitos sociais.

CAPÍTULO IX
DOS ÓRGÃOS SOCIAIS

Seção I
Das Assembléias Gerais

Art. 38. A assembléia geral dos associados é o órgão supremo da sociedade, dentro dos limites legais e estatutários, tendo poderes para decidir os negócios relativos ao objeto da sociedade e tomar as resoluções convenientes ao desenvolvimento e defesa desta, e suas deliberações vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes.
§1º As assembléias gerais serão convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação, mediante editais afixados em locais apropriados das dependências comumente mais freqüentadas pelos associados, publicação em jornal e comunicação aos associados por intermédio de circulares. Não havendo no horário estabelecido quorum de instalação, as assembléias poderão ser realizadas em segunda ou terceira convocações desde que assim permitam os estatutos e conste do respectivo edital, quando então será observado o intervalo mínimo de 1 (uma) hora entre a realização por uma ou outra convocação.
§2º A convocação será feita pelo presidente, ou por qualquer dos órgãos de administração, pelo Conselho Fiscal, ou, após solicitação não atendida, por um quinto dos associados em pleno gozo dos seus direitos.
§3º As deliberações nas assembléias gerais serão tomadas por maioria de votos dos associados presentes com direito de votar.
Art. 39. É da competência das assembléias gerais, ordinárias ou extraordinárias, a destituição dos membros dos órgãos de administração ou fiscalização.
Parágrafo único. Ocorrendo destituição que possa afetar a regularidade da administração ou fiscalização da entidade, poderá a assembléia designar administradores e conselheiros provisórios, até a posse dos novos, cuja eleição se efetuará no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
Art. 40. Nas assembléias gerais o quorum de instalação será o seguinte:
I - dois terços do número de associados, em primeira convocação;
II - metade mais um dos associados em segunda convocação;
III - mínimo de dez associados na terceira convocação ressalvado o caso de cooperativas centrais e federações e confederações de cooperativas, que se instalarão com qualquer número.
Art. 41. Nas assembléias gerais das cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, a representação será feita por delegados indicados na forma dos seus estatutos e credenciados pela diretoria das respectivas filiadas.
Parágrafo único. Os grupos de associados individuais das cooperativas centrais e federações de cooperativas serão representados por um delegado, escolhido entre seus membros e credenciado pela respectiva administração.

Art. 42. Nas cooperativas singulares, cada associado presente não terá direito a mais de um voto, qualquer que seja o número de suas quotas partes.[1]
§1º Não será permitida a representação por meio de mandatário.
§2º Quando o número de associados, nas cooperativas singulares, exceder a três mil, pode o estatuto estabelecer que os mesmos sejam representados, nas assembléias gerais, por delegados que tenham a qualidade de associados no gozo de seus direitos sociais e não exerçam cargos eletivos na sociedade.
§3º O estatuto determinará o número de delegados, a época e forma de sua escolha por grupos seccionais de associados de igual número e o tempo de duração da delegação.
§4º Admitir-se-á, também, a delegação definida no parágrafo anterior nas cooperativas singulares cujo número de associados seja inferior a três mil, desde que haja filiados residindo a mais de 50 km (cinqüenta quilômetros) da sede.
§5º Os associados, integrantes de grupos seccionais, que não sejam delegados, poderão comparecer às assembléias gerais, privados, contudo, de voz e voto.
§6º As assembléias gerais compostas por delegados decidem sobre todas as matérias que, nos termos da lei ou dos estatutos, constituem objeto de decisão da assembléia geral dos associados.
Art. 43. Prescreve em 4 (quatro) anos a ação para anular as deliberações da assembléia geral viciadas de erro, dolo, fraude ou simulação, ou tomadas com violação da lei ou do estatuto, contado o prazo da data em que a assembléia foi realizada.

Seção II
Das Assembléias Gerais Ordinárias

Art. 44. A assembléia geral ordinária, que se realizará anualmente nos 3 (três) primeiros meses após o término do exercício social, deliberará sobre os seguintes assuntos que deverão constar da ordem do dia:
I - prestação de contas dos órgãos de administração acompanhada de parecer do Conselho Fiscal, compreendendo:
a) relatório da gestão;
b) balanço;
c) demonstrativo das sobras apuradas ou das perdas decorrentes da insuficiência das contribuições para cobertura das despesas da sociedade e o parecer do Conselho Fiscal;
II - destinação das sobras apuradas ou rateio das perdas decorrente, da insuficiência das contribuições para cobertura das despesas da sociedade, deduzindo-se, no primeiro caso, as parcelas para os fundos obrigatórios;
III - eleição dos componentes dos órgãos de administração, do Conselho Fiscal e de outros, quando for o caso;
IV - quando previsto, a fixação do valor dos honorários, gratificações e cédula de presença dos membros do Conselho de Administração ou da diretoria e do Conselho Fiscal;
V - quaisquer assuntos de interesse social, excluídos os enumerados no art 46.
§1º Os membros dos órgãos de administração e fiscalização não poderão participar da votação das matérias referidas nos itens I e IV deste artigo.
§2º À exceção das cooperativas de crédito e das agrícolas mistas com seção de crédito, a aprovação do relatório, balanço e contas dos órgãos de administração, desonera seus componentes de responsabilidade, ressalvados os casos de erro, dolo, fraude ou simulação, bem como a infração da lei ou do estatuto.

Seção III
Das Assembléias Gerais Extraordinárias

Art. 45. A assembléia geral extraordinária realizar-se-á sempre que necessário e poderá deliberar sobre qualquer assunto de interesse da sociedade, desde que mencionado no edital de convocação.
Art. 46. É da competência exclusiva da assembléia geral extraordinária deliberar sobre os seguintes assuntos:
I - reforma do estatuto;
II - fusão, incorporação ou desmembramento;
III - mudança do objeto da sociedade;

[1] O *caput* do art. 42 e §§ estão alterados conforme Lei Federal nº 6.981/1982.

IV - dissolução voluntária da sociedade e nomeação de liquidantes;
V - contas do liquidante.
Parágrafo único. São necessários os votos de dois terços dos associados presentes, para tornar válidas as deliberações de que trata este artigo.

Seção IV
Dos Órgãos de Administração

Art. 47. A sociedade será administrada por uma diretoria ou Conselho de Administração, composto exclusivamente de associados eleitos pela assembléia geral, com mandato nunca superior a 4 (quatro) anos, sendo obrigatória a renovação de, no mínimo, um terço do Conselho de Administração.
§1º O estatuto poderá criar outros órgãos necessários à administração.
§2º A posse dos administradores e conselheiros fiscais das cooperativas mistas com seção de crédito e habitacionais fica sujeita à prévia homologação dos respectivos órgãos normativos.
Art. 48. Os órgãos de administração podem contratar gerentes técnicos ou comerciais, que não pertençam ao quadro de associados, fixando-lhes as atribuições e salários.
Art. 49. Ressalvada a legislação específica que rege as cooperativas de crédito, as seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas e as de habitação, os administradores eleitos ou contratados não serão pessoalmente responsáveis pelas obrigações que contraírem em nome da sociedade, mas responderão solidariamente pelos prejuízos resultantes de seus atos, se procederem com culpa ou dolo.
Parágrafo único. A sociedade responderá pelos atos a que se refere a última parte deste artigo se os houver ratificado ou deles logrado proveito.
Art. 50. Os participantes de ato ou operação social em que se oculte a natureza da sociedade podem ser declarados pessoalmente responsáveis pelas obrigações em nome dela contraídas, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.
Art. 51. São inelegíveis, além das pessoas impedidas por lei, os condenados a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade.
Parágrafo único. Não podem compor uma mesma diretoria ou Conselho de Administração, os parentes entre si até segundo grau, em linha reta ou colateral.
Art. 52. O diretor ou associado que, em qualquer operação, tenha interesse oposto ao da sociedade, não pode participar das deliberações referentes a essa operação, cumprindo-lhe acusar o seu impedimento.
Art. 53. Os componentes da Administração e do Conselho Fiscal, bem como os liquidantes, equiparam-se aos administradores das sociedades anônimas para efeito de responsabilidade criminal.
Art. 54. Sem prejuízo da ação que couber ao associado, a sociedade, por seus diretores, ou representada pelo associado escolhido em assembléia geral, terá direito de ação contra os administradores, para promover sua responsabilidade.
Art. 55. Os empregados de empresas que sejam eleitos diretores de sociedades cooperativas pelos mesmos criadas, gozarão das garantias asseguradas aos dirigentes sindicais pelo art. 543 da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943).

Seção V
Do Conselho Fiscal

Art. 56. A administração da sociedade será fiscalizada, assídua e minuciosamente, por um Conselho Fiscal, constituído de três membros efetivos e três suplentes, todos associados eleitos anualmente pela assembléia geral, sendo permitida apenas a reeleição de um terço dos seus componentes.
§1º Não podem fazer parte do Conselho Fiscal, além dos inelegíveis enumerados no art. 51, os parentes dos diretores até o segundo grau, em linha reta ou colateral, bem como os parentes entre si até esse grau.
§2º O associado não pode exercer cumulativamente cargos nos órgãos de administração e de fiscalização.

CAPÍTULO X
FUSÃO, INCORPORAÇÃO E DESMEMBRAMENTO

Art. 57. Pela fusão, duas ou mais cooperativas formam nova sociedade.

§1º Deliberada a fusão, cada cooperativa interessada indicará nomes para comporem comissão mista que procederá aos estudos necessários à constituição da nova sociedade, tais como o levantamento patrimonial, balanço geral, plano de distribuição de quotas-partes, destino dos fundos de reserva e outros e o projeto de estatuto.
§2º Aprovado o relatório da comissão mista e constituída a nova sociedade em assembléia geral conjunta, os respectivos documentos serão arquivados, para aquisição de personalidade jurídica, na Junta Comercial competente, e duas vias dos mesmos, com a publicação do arquivamento, serão encaminhadas ao órgão executivo de controle ou ao órgão local credenciado.
§3º Exclui-se do disposto no parágrafo anterior a fusão que envolver cooperativas que exerçam atividades de crédito. Nesse caso, aprovado o relatório da comissão mista e constituída a nova sociedade em assembléia geral conjunta, a autorização para funcionar e o registro dependerão de prévia anuência do Banco Central do Brasil.
Art. 58. A fusão determina a extinção das sociedades que se unem para formar a nova sociedade que lhe sucederá nos direitos e obrigações.
Art. 59. Pela incorporação, uma sociedade cooperativa absorve o patrimônio, recebe os associados, assume as obrigações e se investe nos direitos de outra ou outras cooperativas.
Parágrafo único. Na hipótese prevista neste artigo, serão obedecidas as mesmas formalidades estabelecidas para a fusão, limitadas as avaliações ao patrimônio da ou das sociedades incorporadas.
Art. 60. As sociedades cooperativas poderão desmembrar-se em tantas quantas forem necessárias para atender aos interesses dos seus associados, podendo uma das novas entidades ser constituída como cooperativa central ou federação de cooperativas, cujas autorizações de funcionamento e os arquivamentos serão requeridos conforme o disposto nos artigos 17 e segs.
Art. 61. Deliberado o desmembramento, a assembléia designará uma comissão para estudar as providências necessárias à efetivação da medida.
§1º O relatório apresentado pela comissão, acompanhado dos projetos de estatutos das novas cooperativas, será apreciado em nova assembléia especialmente convocada para esse fim.
§2º O plano de desmembramento preverá o rateio, entre as novas cooperativas, do ativo e passivo da sociedade desmembrada.
§3º No rateio previsto no parágrafo anterior, atribuir-se-á a cada nova cooperativa parte do capital social da sociedade desmembrada em quota correspondente à participação dos associados que passam a integrá-la.
§4º Quando uma das cooperativas for constituída como cooperativa central ou federação de cooperativas, prever-se-á o montante das quotas-partes que as associadas terão no capital social.
Art. 62. Constituídas as sociedades e observado o disposto nos artigos 17 e segs; proceder-se-á às transferências contábeis e patrimoniais necessárias à concretização das medidas adotadas.

CAPÍTULO XI
DA DISSOLUÇÃO E LIQUIDAÇÃO

Art. 63. As sociedades cooperativas se dissolvem de pleno direito:
I - quando assim deliberar a assembléia geral, desde que os associados, totalizando o número mínimo exigido por esta Lei, não se disponham a assegurar a sua continuidade;
II - pelo decurso do prazo de duração;
III - pela consecução dos objetivos predeterminados;
IV - devido à alteração de sua forma jurídica;
V - pela redução do número mínimo de associados ou do capital social mínimo se, até a assembléia geral subseqüente, realizada em prazo não inferior a 6 (seis) meses, eles não forem restabelecidos;
VI - pelo cancelamento da autorização para funcionar;
VII - pela paralisação de suas atividades por mais de 120 (cento e vinte) dias.
Parágrafo único. A dissolução da sociedade importará no cancelamento da autorização para funcionar e do registro.
Art. 64. Quando a dissolução da sociedade não for promovida voluntariamente, nas hipóteses previstas no artigo anterior, a medida poderá ser tomada judicialmente, a pedido de qualquer associado ou por iniciativa do órgão executivo federal.
Art. 65. Quando a dissolução for deliberada pela assembléia geral, esta nomeará um liquidante ou mais, e um Conselho Fiscal de três membros para proceder à sua liquidação.

§1º O processo de liquidação só poderá ser iniciado após a audiência do respectivo órgão executivo federal.
§2º A assembléia geral, nos limites de suas atribuições, poderá, em qualquer época, destituir os liquidantes e os membros do Conselho Fiscal, designando os seus substitutos.
Art. 66. Em todos os atos e operações, os liquidantes deverão usar a denominação da cooperativa, seguida da expressão: "Em liquidação".
Art. 67. Os liquidantes terão todos os poderes normais de administração podendo praticar atos e operações necessários à realização do ativo e pagamento do passivo.
Art. 68. São obrigações dos liquidantes:
I - providenciar o arquivamento, na Junta Comercial, da Ata da Assembléia Geral em que foi deliberada a liquidação;
II - comunicar à administração central do respectivo órgão executivo federal e ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A a sua nomeação, fornecendo cópia da Ata da Assembléia Geral que decidiu a matéria;
III - arrecadar os bens, livros e documentos da sociedade, onde quer que estejam;
IV - convocar os credores e devedores e promover o levantamento dos créditos e débitos da sociedade;
V - proceder nos 15 (quinze) dias seguintes ao de sua investidura e com a assistência, sempre que possível, dos administradores, ao levantamento do inventário e balanço geral do ativo e passivo;
VI - realizar o ativo social para saldar o passivo e reembolsar os associados de suas quotas-partes, destinando o remanescente, inclusive o dos fundos indivisíveis, ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A;
VII - exigir dos associados a integralização das respectivas quotas partes do capital social não realizadas, quando o ativo não bastar para solução do passivo;
VIII - fornecer aos credores a relação dos associados, se a sociedade for de responsabilidade ilimitada e se os recursos apurados forem insuficientes para o pagamento das dívidas;
IX - convocar a assembléia geral, cada 6 (seis) meses ou sempre que necessário, para apresentar relatório e balanço do estado da liquidação e prestar contas dos atos praticados durante o período anterior;
X - apresentar à assembléia geral, finda a liquidação, o respectivo relatório e as contas finais;
XI - averbar, no órgão competente, a Ata da Assembléia Geral que considerar encerrada a liquidação.
Art. 69. As obrigações e as responsabilidades dos liquidantes regem-se pelos preceitos peculiares aos dos administradores da sociedade liquidanda.
Art. 70. Sem autorização da assembléia não poderá o liquidante gravar de ônus os móveis e imóveis, contrair empréstimos, salvo quando indispensáveis para o pagamento de obrigações inadiáveis, nem prosseguir, embora para facilitar a liquidação, na atividade social.
Art. 71. Respeitados os direitos dos credores preferenciais, pagará o liquidante as dívidas sociais proporcionalmente e sem distinção entre vencidas ou não.
Art. 72. A assembléia geral poderá resolver, antes de ultimada a liquidação, mas depois de pagos os credores, que o liquidante faça rateios por antecipação da partilha, à medida em que se apurem os haveres sociais.
Art. 73. Solucionado o passivo, reembolsados os cooperados até o valor de suas quotas-partes e encaminhado o remanescente conforme o estatuído, convocará o liquidante assembléia geral para prestação final de contas.
Art. 74. Aprovadas as contas, encerra-se a liquidação e a sociedade se extingue, devendo a ata da assembléia ser arquivada na Junta Comercial e publicada.
Parágrafo único. O associado discordante terá o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação da ata, para promover a ação que couber.
Art. 75. A liquidação extrajudicial das cooperativas poderá ser promovida por iniciativa do respectivo órgão executivo federal, que designará o liquidante, e será processada de acordo com a legislação específica e demais disposições regulamentares, desde que a sociedade deixe de oferecer condições operacionais, principalmente por constatada insolvência.
§1º A liquidação extrajudicial, tanto quanto possível, deverá ser precedida de intervenção na sociedade.
§2º Ao interventor, além dos poderes expressamente concedidos no ato de intervenção, são atribuídas funções, prerrogativas e obrigações dos órgãos de administração.
Art. 76. A publicação no Diário Oficial, da Ata da Assembléia Geral da sociedade, que deliberou sua liquidação, ou da decisão do órgão executivo federal quando a medida for de sua iniciativa, implicará a

sustação de qualquer ação judicial contra a cooperativa, pelo prazo de 1 (um) ano, sem prejuízo, entretanto, da fluência dos juros legais ou pactuados e seus acessórios.
Parágrafo único. Decorrido o prazo previsto neste artigo, sem que, por motivo relevante, esteja encerrada a liquidação, poderá ser o mesmo prorrogado, no máximo por mais 1 (um) ano, mediante decisão do órgão citado no artigo, publicada, com os mesmos efeitos, no Diário Oficial.
Art. 77. Na realização do ativo da sociedade, o liquidante deverá:
I - mandar avaliar, por avaliadores judiciais ou de instituições financeiras públicas, os bens de sociedade;
II - proceder à venda dos bens necessários ao pagamento do passivo da sociedade, observadas, no que couber, as normas constantes dos artigos 117 e 118 do Decreto-lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
Art. 78. A liquidação das cooperativas de crédito e da seção de crédito das cooperativas agrícolas mistas reger-se-á pelas normas próprias legais e regulamentares.

CAPÍTULO XII
DO SISTEMA OPERACIONAL DAS COOPERATIVAS

Seção I
Do Ato Cooperativo

Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associadas, para a consecução dos objetivos sociais.
Parágrafo único. O ato cooperativo não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria.

Seção II
Das Distribuições de Despesas

Art. 80. As despesas da sociedade serão cobertas pelos associados mediante rateio na proporção direta da fruição de serviços.
Parágrafo único. A cooperativa poderá, para melhor atender à equanimidade de cobertura das despesas da sociedade, estabelecer:
I - rateio, em partes iguais, das despesas gerais da sociedade entre todos os associados, quer tenham ou não, no ano, usufruído dos serviços por ela prestados, conforme definidas no estatuto;
II - rateio, em razão diretamente proporcional, entre os associados que tenham usufruído dos serviços durante o ano, das sobras líquidas ou dos prejuízos verificados no balanço do exercício, excluídas as despesas gerais já atendidas na forma do item anterior.
Art. 81. A cooperativa que tiver adotado o critério de separar as despesas da sociedade e estabelecido o seu rateio na forma indicada no parágrafo único do artigo anterior deverá levantar separadamente as despesas gerais.

Seção III
Das Operações da Cooperativa

Art. 82. A cooperativa que se dedicar a vendas em comum poderá registrar-se como armazém geral, podendo também desenvolver as atividades previstas na Lei nº 9.973, de 29 de maio de 2000, e nessa condição expedir Conhecimento de Depósito, Warrant, Certificado de Depósito Agropecuário - CDA e Warrant Agropecuário - WA para os produtos de seus associados conservados em seus armazéns, próprios ou arrendados, sem prejuízo da emissão de outros títulos decorrentes de suas atividades normais, aplicando-se, no que couber, a legislação específica.[1]
§1º Para efeito deste artigo, os armazéns da cooperativa se equiparam aos “armazéns gerais”, com as prerrogativas e obrigações destes, ficando os componentes do Conselho de Administração ou Diretoria Executiva, emitente do título, responsáveis, pessoal e solidariamente, pela boa guarda e conservação dos produtos vinculados, respondendo criminal e civilmente pelas declarações constantes do título, como também por qualquer ação ou omissão que acarrete o desvio, deterioração ou perda dos produtos.

[1] O *caput* do art. 82 está alterado conforme Lei Federal nº 11.076/2004.

§2º Observado o disposto no §1º, as cooperativas poderão operar unidades de armazenagem, embalagem e frigorificação, bem como armazéns gerais alfandegários, nos termos do disposto no Capítulo IV da Lei nº 5.025, de 10 de junho de 1966.
Art. 83. A entrega da produção do associado à sua cooperativa significa a outorga a esta de plenos poderes para a sua livre disposição, inclusive para gravá-la e dá-la em garantia de operações de crédito realizadas pela sociedade, salvo se, tendo em vista os usos e costumes relativos à comercialização de determinados produtos, sendo de interesse do produtor, os estatutos dispuserem de outro modo.
Art. 84. Revogado.[1]
Art. 85. As cooperativas agropecuárias e de pesca poderão adquirir produtos de não associados, agricultores, pecuaristas ou pescadores, para completar lotes destinados ao cumprimento de contratos ou suprir capacidade ociosa de instalações industriais das cooperativas que as possuem.
Art. 86. As cooperativas poderão fornecer bens e serviços a não associados, desde que tal faculdade atenda aos objetivos sociais e esteja de conformidade com a presente Lei.
Parágrafo único. Revogado.[2]
Art. 87. Os resultados das operações das cooperativas com não associados, mencionados nos artigos 85 e 86, serão levados à conta do "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social" e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para incidência de tributos.
Art. 88. Poderão as cooperativas participar de sociedades não cooperativas para melhor atendimento dos próprios objetivos e outros de caráter acessório ou complementar.[3]

Seção IV
Dos Prejuízos

Art. 89. Os prejuízos verificados no decorrer do exercício serão cobertos com recursos provenientes do Fundo de Reserva e, se insuficiente este, mediante rateio, entre os associados, na razão direta dos serviços usufruídos, ressalvada a opção prevista no parágrafo único do art. 80.

Seção V
Do Sistema Trabalhista

Art. 90. Qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados.
Art. 91. As cooperativas igualam-se às demais empresas em relação aos seus empregados para os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

CAPÍTULO XIII
DA FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

Art. 92. A fiscalização e o controle das sociedades cooperativas, nos termos desta Lei e dispositivos legais específicos, serão exercidos, de acordo com o objeto de funcionamento, da seguinte forma:
I - as de crédito e as seções de crédito das agrícolas mistas pelo Banco Central do Brasil;
II - as de habitação pelo Banco Nacional da Habitação;
III - as demais pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária.
§1º Mediante autorização do Conselho Nacional de Cooperativismo, os órgãos controladores federais poderão solicitar, quando julgarem necessário, a colaboração de outros órgãos administrativos, na execução das atribuições previstas neste artigo.
§2º As sociedades cooperativas permitirão quaisquer verificações determinadas pelos respectivos órgãos de controle, prestando os esclarecimentos que lhes forem solicitados, além de serem obrigadas a remeter-lhes anualmente a relação dos associados admitidos, demitidos, eliminados e excluídos no período, cópias de atas, de balanços e dos relatórios do exercício social e parecer do Conselho Fiscal.
Art. 93. O Poder Público por intermédio da administração central dos órgãos executivos federais competentes, por iniciativa própria ou solicitação da assembléia geral ou do Conselho Fiscal, intervirá nas cooperativas quando ocorrer um dos seguintes casos:

[1] *O caput* do art. 84, seus incisos e parágrafo único foram revogados pela Lei Complementar nº 130/2009.
[2] O parágrafo único do art. 86 foi revogado pela Lei Complementar nº 130/2009.
[3] Texto do art. 88 alterado pela Medida Provisória nº 1.961-25, de 26 de julho de 2000, atual MP nº 2.168- 40, de 24/08/2001.

I - violação contumaz das disposições legais;
II - ameaça de insolvência em virtude de má administração da sociedade;
III - paralisação das atividades sociais por mais de 120 (cento e vinte) dias consecutivos;
IV - inobservância do art. 56, §2º.
Parágrafo único. Aplica-se, no que couber, às cooperativas habitacionais, o disposto neste artigo.
Art. 94. Observar-se-á, no processo de intervenção, a disposição constante do §2º do art. 75.

CAPÍTULO XIV
DO CONSELHO NACIONAL DE COOPERATIVISMO

Art. 95. A orientação geral da política cooperativista nacional caberá ao Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, que passará a funcionar junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, com plena autonomia administrativa e financeira, na forma do art. 172 do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, sob a presidência do Ministro da Agricultura e composto de oito membros indicados pelos seguintes representados:
I - Ministério do Planejamento e Coordenação-Geral;
II - Ministério da Fazenda, por intermédio do Banco Central do Brasil;
III - Ministério do Interior, por intermédio do Banco Nacional da Habitação;
IV - Ministério da Agricultura, por intermédio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, e do Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A;
V - Organização das Cooperativas Brasileiras.
Parágrafo único. A entidade referida no inciso V deste artigo contará com três elementos para fazer-se representar no Conselho.
Art. 96. O Conselho, que deverá reunir-se ordinariamente uma vez por mês, será presidido pelo Ministro da Agricultura, a quem caberá o voto de qualidade, sendo suas resoluções votadas por maioria simples, com a presença, no mínimo, de três representantes dos órgãos oficiais mencionados nos itens I a IV do artigo anterior.
Parágrafo único. Nos seus impedimentos eventuais, o substituto do presidente será o presidente do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária.
Art. 97. Ao Conselho Nacional de cooperativismo compete:
I - editar atos normativos para a atividade cooperativista nacional;
II - baixar normas regulamentadoras, complementares e interpretativas, da legislação cooperativista;
III - organizar e manter atualizado o cadastro geral das cooperativas nacionais;
IV - decidir, em última instância, os recursos originários de decisões do respectivo órgão executivo federal;
V - apreciar os anteprojetos que objetivam a revisão da legislação cooperativista;
VI - estabelecer condições para o exercício de quaisquer cargos eletivos de administração ou fiscalização de cooperativas;
VII - definir as condições de funcionamento do empreendimento cooperativo, a que se refere o art. 18;
VIII - votar o seu próprio regimento;
IX - autorizar, onde houver condições, a criação de Conselhos Regionais de Cooperativismo, definindo-lhes as atribuições;
X - decidir sobre a aplicação do Fundo Nacional de Cooperativismo, nos termos do art. 102 desta Lei;
XI - estabelecer em ato normativo ou de caso a caso, conforme julgar necessário, o limite a ser observado nas operações com não associados a que se referem os artigos 18 e 86.
Parágrafo único. As atribuições do Conselho Nacional de Cooperativismo não se estendem às cooperativas de habitação, às de crédito e às seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas, no que forem regidas por legislação própria.
Art. 98. O Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC contará com uma secretaria executiva que se incumbirá de seus encargos administrativos, podendo seu secretário executivo requisitar funcionários de qualquer órgão da Administração Pública.
§1º O secretário executivo do Conselho Nacional de Cooperativismo será o diretor do Departamento de Desenvolvimento Rural do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, devendo o Departamento referido incumbir-se dos encargos administrativos do Conselho Nacional de Cooperativismo.
§2º Para os impedimentos eventuais do secretário executivo, este indicará à apreciação do Conselho seu substituto.

Art. 99. Compete ao presidente do Conselho Nacional de Cooperativismo:
I - presidir às reuniões;
II - convocar as reuniões extraordinárias;
III - proferir o voto de qualidade.
Art. 100. Compete à Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Cooperativismo:
I - dar execução às resoluções do Conselho;
II - comunicar as decisões do Conselho ao respectivo órgão executivo federal;
III - manter relações com os órgãos executivos federais, bem assim com quaisquer outros órgãos públicos ou privados, nacionais ou estrangeiros, que possam influir no aperfeiçoamento do cooperativismo;
IV - transmitir aos órgãos executivos federais e entidade superior do movimento cooperativista nacional todas as informações relacionadas com a doutrina e prática cooperativistas de seu interesse;
V - organizar e manter atualizado o cadastro geral das cooperativas nacionais e expedir as respectivas certidões;
VI - apresentar ao Conselho, em tempo hábil, a proposta orçamentária do órgão, bem como o relatório anual de suas atividades;
VII - providenciar todos os meios que assegurem o regular funcionamento do Conselho;
VIII - executar quaisquer outras atividades necessárias ao pleno exercício das atribuições do Conselho.
Art. 101. O Ministério da Agricultura incluirá, em sua proposta orçamentária anual, os recursos financeiros solicitados pelo Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, para custear seu funcionamento.
Parágrafo único. As contas do Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC, serão prestadas por intermédio do Ministério da Agricultura, observada a legislação específica que regula a matéria.
Art. 102. Fica mantido, junto ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A, o "Fundo Nacional de Cooperativismo", criado pelo Decreto-lei nº 59, de 21 de novembro de 1966, destinado a prover recursos de apoio ao movimento cooperativista nacional.
§1º O Fundo de que trata este artigo será suprido por:
I - dotação incluída no orçamento do Ministério da Agricultura para o fim específico de incentivos às atividades cooperativas;
II - juros e amortizações dos financiamentos realizados com seus recursos;
III - doações, legados e outras rendas eventuais;
IV - dotações consignadas pelo Fundo Federal Agropecuário e pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA.
§2º Os recursos do Fundo, deduzido o necessário ao custeio de sua administração, serão aplicados pelo Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A, obrigatoriamente, em financiamento de atividades que interessem de maneira relevante ao abastecimento das populações, a critério do Conselho Nacional de Cooperativismo.
§3º O Conselho Nacional de Cooperativismo poderá, por conta do Fundo, autorizar a concessão de estímulos ou auxílios para execução de atividades que, pela sua relevância sócio-econômica, concorram para o desenvolvimento do sistema cooperativista nacional.

CAPÍTULO XV
DOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS

Art. 103. As cooperativas permanecerão subordinadas, na parte normativa, ao Conselho Nacional de Cooperativismo, com exceção das de crédito, das seções de crédito das agrícolas mistas e das de habitação, cujas normas continuarão a ser baixadas pelo Conselho Monetário Nacional, relativamente às duas primeiras, e Banco Nacional da Habitação, com relação à última, observado o disposto no art. 92 desta Lei.
Parágrafo único. Os órgãos executivos federais, visando à execução descentralizada de seus serviços, poderão delegar sua competência, total ou parcialmente, a órgãos e entidades da administração estadual e municipal, bem como, excepcionalmente, a outros órgãos e entidades da administração federal.
Art. 104. Os órgãos executivos federais comunicarão todas as alterações havidas nas cooperativas sob a sua jurisdição ao Conselho Nacional de Cooperativismo, para fins de atualização do cadastro geral das cooperativas nacionais.

CAPÍTULO XVI
DA REPRESENTAÇÃO DO SISTEMA COOPERATIVISTA

Art. 105. A representação do sistema cooperativista nacional cabe à Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB, sociedade civil, com sede na Capital Federal, órgão técnico-consultivo do Governo, estruturada nos termos desta Lei, sem finalidade lucrativa, competindo-lhe precipuamente:
a) manter a neutralidade política e indiscriminação racial, religiosa e social;
b) integrar todos os ramos das atividades cooperativistas;
c) manter registro de todas as sociedades cooperativas que, para todos os efeitos, integram a Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB;
d) manter serviços de assistência geral ao sistema cooperativista, seja quanto à estrutura social, seja quanto aos métodos operacionais e orientação jurídica, mediante pareceres e recomendações, sujeitas, quando for o caso, à aprovação do Conselho Nacional de Cooperativismo - CNC;
e) denunciar ao Conselho Nacional de Cooperativismo práticas nocivas ao desenvolvimento cooperativista;
f) opinar nos processos que lhe sejam encaminhados pelo Conselho Nacional de Cooperativismo;
g) dispor de setores consultivos especializados, de acordo com os ramos de cooperativismo;
h) fixar a política da organização com base nas proposições emanadas de seus órgãos técnicos;
i) exercer outras atividades inerentes à sua condição de órgão de representação e defesa do sistema cooperativista;
j) manter relações de integração com as entidades congêneres do exterior e suas cooperativas.
§1º A Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB será constituída de entidades, uma para cada Estado, Território e Distrito Federal, criadas com as mesmas características da organização nacional.
§2º As assembléias gerais do órgão central serão formadas pelos representantes credenciados das filiadas, um por entidade, admitindo-se proporcionalidade de voto.
§3º A proporcionalidade de voto, estabelecida no parágrafo anterior, ficará a critério da OCB, baseando-se no número de associados - pessoas físicas e as exceções previstas nesta Lei que compõem o quadro das cooperativas filiadas.
§4º A composição da diretoria da Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB será estabelecida em seus estatutos sociais.
§5º Para o exercício de cargos de diretoria e Conselho Fiscal, as eleições se processarão por escrutínio secreto, permitida a reeleição para mais um mandato consecutivo.
Art. 106. A atual Organização das Cooperativas Brasileiras e as suas filiadas ficam investidas das atribuições e prerrogativas conferidas nesta Lei, devendo, no prazo de 1 (um) ano, promover a adaptação de seus estatutos, e a transferência da sede nacional.
Art. 107. As cooperativas são obrigadas, para seu funcionamento, a registrar-se na organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual, se houver, mediante apresentação dos estatutos sociais e suas alterações posteriores.
Parágrafo único. Por ocasião do registro, a cooperativa pagará 10% (dez por cento) do maior salário mínimo vigente, se a soma do respectivo capital integralizado e fundos não exceder de 250 (duzentos e cinqüenta) salários mínimos e 50% (cinqüenta por cento) se aquele montante for superior.
Art. 108. Fica instituída, além do pagamento previsto no parágrafo único do artigo anterior, a Contribuição Cooperativista, que será recolhida anualmente pela cooperativa após o encerramento de seu exercício social, a favor da Organização das Cooperativas Brasileiras de que trata o art. 105 desta Lei.
§1º A Contribuição Cooperativista constituir-se-á de importância correspondente a 0,2% (dois décimos por cento) do valor do capital integralizado e fundos da sociedade cooperativa, no exercício social do ano anterior, sendo o respectivo montante distribuído, por metade, a suas filiadas, quando constituídas.
§2º No caso das cooperativas centrais ou federações, a Contribuição de que trata o parágrafo anterior será calculada sobre os fundos e reservas existentes.
§3º A Organização das Cooperativas Brasileiras poderá estabelecer um teto à Contribuição Cooperativista, com base em estudos elaborados pelo seu corpo técnico.

CAPÍTULO XVII
DOS ESTÍMULOS CREDITÍCIOS

Art. 109. Caberá ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A estimular e apoiar as cooperativas, mediante concessão de financiamentos necessários ao seu desenvolvimento.
§1º Poderá o Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A receber depósitos das cooperativas de crédito e das seções de crédito das cooperativas agrícolas mistas.
§2º Poderá o Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A operar com pessoas físicas ou jurídicas, estranhas ao quadro social cooperativo, desde que haja benefício para as cooperativas e estas figurem na operação bancária.
§3º O Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A manterá linhas de crédito específicas para as cooperativas, de acordo com o objeto e a natureza de suas atividades, a juros módicos e prazos adequados inclusive com sistema de garantias ajustado às peculiaridades das cooperativas a que se destinam.
§4º O Banco Nacional de Crédito Cooperativo S/A manterá linha especial de crédito para financiamento de quotas-partes de capital.
Art. 110. Fica extinta a contribuição de que trata o art. 13 do Decreto-lei nº 60, de 21 de novembro de 1966, com a redação dada pelo Decreto-lei nº 668, de 3 de julho de 1969.

CAPÍTULO XVIII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 111. Serão considerados como renda tributável os resultados positivos obtidos pelas cooperativas nas operações de que tratam os artigos 85, 86 e 88 desta Lei.
Art. 112. O Balanço Geral e o Relatório do exercício social que as cooperativas deverão encaminhar anualmente aos órgãos de controle serão acompanhados, a juízo destes, de parecer emitido por um serviço independente de auditoria credenciado pela Organização das Cooperativas Brasileiras.
Parágrafo único. Em casos especiais, tendo em vista a sede da Cooperativa, o volume de suas operações e outras circunstâncias dignas de consideração, a exigência da apresentação do parecer pode ser dispensada.
Art. 113. Atendidas as deduções determinadas pela legislação específica, às sociedades cooperativas ficará assegurada primeira prioridade para o recebimento de seus créditos de pessoas jurídicas que efetuem descontos na folha de pagamento de seus empregados, associados de cooperativas.
Art. 114. Fica estabelecido o prazo de 36 (trinta e seis) meses para que as cooperativas atualmente registradas nos órgãos competentes reformulem os seus estatutos, no que for cabível, adaptando-os ao disposto na presente Lei.
Art. 115. As Cooperativas dos Estados, Territórios ou do Distrito Federal, enquanto não constituírem seus órgãos de representação, serão convocadas às assembléias da OCB, como vogais, com 60 (sessenta) dias de antecedência, mediante editais publicados três vezes em jornal de grande circulação local.
Art. 116. A presente Lei não altera o disposto nos sistemas próprios instituídos para as cooperativas de habitação e cooperativas de crédito, aplicando-se ainda, no que couber, o regime instituído para essas últimas às seções de crédito das agrícolas mistas.
Art. 117. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário e especificamente o Decreto-lei nº 59, de 2l de novembro de 1966, bem como o Decreto nº 60.597, de 19 de abril de 1967.

Brasília, 16 de dezembro de 1971; 150º da Independência e 83º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI
Presidente da República

LEI COMPLEMENTAR Nº 130, DE 17 DE ABRIL DE 2009[1]

Dispõe sobre o Sistema Nacional de Crédito Cooperativo e revoga dispositivos das Leis nºs 4.595, de 31 de dezembro de 1964, e 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º As instituições financeiras constituídas sob a forma de cooperativas de crédito submetem-se a esta Lei Complementar, bem como à legislação do Sistema Financeiro Nacional - SFN e das sociedades cooperativas.
§1º As competências legais do Conselho Monetário Nacional - CMN e do Banco Central do Brasil em relação às instituições financeiras aplicam-se às cooperativas de crédito.
§2º É vedada a constituição de cooperativa mista com seção de crédito.
Art. 2º As cooperativas de crédito destinam-se, precipuamente, a prover, por meio da mutualidade, a prestação de serviços financeiros a seus associados, sendo-lhes assegurado o acesso aos instrumentos do mercado financeiro.
§1º A captação de recursos e a concessão de créditos e garantias devem ser restritas aos associados, ressalvadas as operações realizadas com outras instituições financeiras e os recursos obtidos de pessoas jurídicas, em caráter eventual, a taxas favorecidas ou isentos de remuneração.
§2º Ressalvado o disposto no §1º deste artigo, é permitida a prestação de outros serviços de natureza financeira e afins a associados e a não associados.
§3º A concessão de créditos e garantias a integrantes de órgãos estatutários, assim como a pessoas físicas ou jurídicas que com eles mantenham relações de parentesco ou negócio, deve observar procedimentos de aprovação e controle idênticos aos dispensados às demais operações de crédito.
§4º A critério da assembléia geral, os procedimentos a que se refere o §3º deste artigo podem ser mais rigorosos, cabendo-lhe, nesse caso, a definição dos tipos de relacionamento a serem considerados para aplicação dos referidos procedimentos.
§5º As cooperativas de crédito, nos termos da legislação específica, poderão ter acesso a recursos oficiais para o financiamento das atividades de seus associados.
Art. 3º As cooperativas de crédito podem atuar em nome e por conta de outras instituições, com vistas à prestação de serviços financeiros e afins a associados e a não associados.
Art. 4º O quadro social das cooperativas de crédito, composto de pessoas físicas e jurídicas, é definido pela assembléia geral, com previsão no estatuto social.
Parágrafo único. Não serão admitidas no quadro social da sociedade cooperativa de crédito pessoas jurídicas que possam exercer concorrência com a própria sociedade cooperativa, nem a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios bem como suas respectivas autarquias, fundações e empresas estatais dependentes.
Art. 5º As cooperativas de crédito com conselho de administração podem criar diretoria executiva a ele subordinada, na qualidade de órgão estatutário composto por pessoas físicas associadas ou não, indicadas por aquele conselho.
Art. 6º O mandato dos membros do conselho fiscal das cooperativas de crédito terá duração de até 3 (três) anos, observada a renovação de, ao menos, 2 (dois) membros a cada eleição, sendo 1 (um) efetivo e 1 (um) suplente.
Art. 7º É vedado distribuir qualquer espécie de benefício às quotas-parte do capital, excetuando-se remuneração anual limitada ao valor da taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - Selic para títulos federais.
Art. 8º Compete à assembléia geral das cooperativas de crédito estabelecer a fórmula de cálculo a ser aplicada na distribuição de sobras e no rateio de perdas, com base nas operações de cada associado realizadas ou mantidas durante o exercício, observado o disposto no art. 7º desta Lei Complementar.
Art. 9º É facultado às cooperativas de crédito, mediante decisão da assembléia geral, compensar, por meio de sobras dos exercícios seguintes, o saldo remanescente das perdas verificadas no exercício findo.
Parágrafo único. Para o exercício da faculdade de que trata o *caput* deste artigo, a cooperativa deve manter-se ajustada aos limites de patrimônio exigíveis na forma da regulamentação vigente, conservando o controle da parcela correspondente a cada associado no saldo das perdas retidas.

[1] Publicada no DOU em 17/04/2009, seção 1 da edição extra, p. 1.

Art. 10. A restituição de quotas de capital depende, inclusive, da observância dos limites de patrimônio exigíveis na forma da regulamentação vigente, sendo a devolução parcial condicionada, ainda, à autorização específica do conselho de administração ou, na sua ausência, da diretoria.
Art. 11. As cooperativas centrais de crédito e suas confederações podem adotar, quanto ao poder de voto das filiadas, critério de proporcionalidade em relação ao número de associados indiretamente representados na assembléia geral, conforme regras estabelecidas no estatuto.
Art. 12. O CMN, no exercício das competências que lhe são atribuídas pela legislação que rege o SFN, poderá dispor, inclusive, sobre as seguintes matérias:
I - requisitos a serem atendidos previamente à constituição ou transformação das cooperativas de crédito, com vistas ao respectivo processo de autorização a cargo do Banco Central do Brasil;
II - condições a serem observadas na formação do quadro de associados e na celebração de contratos com outras instituições;
III - tipos de atividades a serem desenvolvidas e de instrumentos financeiros passíveis de utilização;
IV - fundos garantidores, inclusive a vinculação de cooperativas de crédito a tais fundos;
V - atividades realizadas por entidades de qualquer natureza, que tenham por objeto exercer, com relação a um grupo de cooperativas de crédito, supervisão, controle, auditoria, gestão ou execução em maior escala de suas funções operacionais;
VI - vinculação a entidades que exerçam, na forma da regulamentação, atividades de supervisão, controle e auditoria de cooperativas de crédito;
VII - condições de participação societária em outras entidades, inclusive de natureza não cooperativa, com vistas ao atendimento de propósitos complementares, no interesse do quadro social;
VIII - requisitos adicionais ao exercício da faculdade de que trata o art. 9º desta Lei Complementar.
§1º O exercício das atividades a que se refere o inciso V do *caput* deste artigo, regulamentadas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN, está sujeito à fiscalização do Banco Central do Brasil, sendo aplicáveis às respectivas entidades e a seus administradores as mesmas sanções previstas na legislação em relação às instituições financeiras.
§2º O Banco Central do Brasil, no exercício de sua competência de fiscalização das cooperativas de crédito, assim como a entidade que realizar, nos termos da regulamentação do CMN, atividades de supervisão local podem convocar assembléia geral extraordinária de instituição supervisionada, à qual poderão enviar representantes com direito a voz.
Art. 13. Não constitui violação do dever de sigilo de que trata a legislação em vigor o acesso a informações pertencentes a cooperativas de crédito por parte de cooperativas centrais de crédito, confederações de centrais e demais entidades constituídas por esse segmento financeiro, desde que se dê exclusivamente no desempenho de atribuições de supervisão, auditoria, controle e de execução de funções operacionais das cooperativas de crédito.
Parágrafo único. As entidades mencionadas no *caput* deste artigo devem observar sigilo em relação às informações que obtiverem no exercício de suas atribuições, bem como comunicar às autoridades competentes indícios de prática de ilícitos penais ou administrativos ou de operações envolvendo recursos provenientes de qualquer prática criminosa.
Art. 14. As cooperativas singulares de crédito poderão constituir cooperativas centrais de crédito com o objetivo de organizar, em comum acordo e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.
Parágrafo único. As atividades de que trata o *caput* deste artigo, respeitada a competência do Conselho Monetário Nacional e preservadas as responsabilidades envolvidas, poderão ser delegadas às confederações constituídas pelas cooperativas centrais de crédito.
Art. 15. As confederações constituídas de cooperativas centrais de crédito têm por objetivo orientar, coordenar e executar atividades destas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos e a natureza das atividades transcenderem o âmbito de capacidade ou a conveniência de atuação das associadas.
Art. 16. As cooperativas de crédito podem ser assistidas, em caráter temporário, mediante administração em regime de co-gestão, pela respectiva cooperativa central ou confederação de centrais para sanar irregularidades ou em caso de risco para a solidez da própria sociedade, devendo ser observadas as seguintes condições:
I - existência de cláusula específica no estatuto da cooperativa assistida, contendo previsão da possibilidade de implantação desse regime e da celebração do convênio de que trata o inciso II do *caput* deste artigo;

II - celebração de convênio entre a cooperativa a ser assistida e a eventual co-gestora, a ser referendado pela assembléia geral, estabelecendo, pelo menos, a caracterização das situações consideradas de risco que justifiquem a implantação do regime de co-gestão, o rito dessa implantação por iniciativa da entidade co-gestora e o regimento a ser observado durante a co-gestão; e

III - realização, no prazo de até 1 (um) ano da implantação da co-gestão, de assembléia geral extraordinária para deliberar sobre a manutenção desse regime e da adoção de outras medidas julgadas necessárias.

Art. 17. A assembléia geral ordinária das cooperativas de crédito realizar-se-á anualmente, nos 4 (quatro) primeiros meses do exercício social.

Art. 18. Ficam revogados os arts. 40 e 41 da Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964, e o §3º do art. 10, o §10 do art. 18, o parágrafo único do art. 86 e o art. 84 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

Art. 19. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de abril de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Presidente da República

LEI Nº 12.690, DE 19 DE JULHO DE 2012

Dispõe sobre a organização e o funcionamento das Cooperativas de Trabalho; institui o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOOP; e revoga o parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO

Art. 1º A Cooperativa de Trabalho é regulada por esta Lei e, no que com ela não colidir, pelas Leis nºs 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 -Código Civil.
Parágrafo único. Estão excluídas do âmbito desta Lei:
I - as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar;
II - as cooperativas que atuam no setor de transporte regulamentado pelo poder público e que detenham, por si ou por seus sócios, a qualquer título, os meios de trabalho;
III - as cooperativas de profissionais liberais cujos sócios exerçam as atividades em seus próprios estabelecimentos; e
IV - as cooperativas de médicos cujos honorários sejam pagos por procedimento.
Art. 2º Considera-se Cooperativa de Trabalho a sociedade constituída por trabalhadores para o exercício de suas atividades laborativas ou profissionais com proveito comum, autonomia e autogestão para obterem melhor qualificação, renda, situação socioeconômica e condições gerais de trabalho.
§ 1º A autonomia de que trata o *caput* deste artigo deve ser exercida de forma coletiva e coordenada, mediante a fixação, em Assembleia Geral, das regras de funcionamento da cooperativa e da forma de execução dos trabalhos, nos termos desta Lei.
§ 2º Considera-se autogestão o processo democrático no qual a Assembleia Geral define as diretrizes para o funcionamento e as operações da cooperativa, e os sócios decidem sobre a forma de execução dos trabalhos, nos termos da lei.
Art. 3º A Cooperativa de Trabalho rege-se pelos seguintes princípios e valores:
I - adesão voluntária e livre;
II - gestão democrática;
III - participação econômica dos membros;
IV - autonomia e independência;
V - educação, formação e informação;
VI - intercooperação;
VII - interesse pela comunidade;
VIII - preservação dos direitos sociais, do valor social do trabalho e da livre iniciativa;
IX - não precarização do trabalho;
X - respeito às decisões de asssembleia, observado o disposto nesta Lei;
XI - participação na gestão em todos os níveis de decisão de acordo com o previsto em lei e no Estatuto Social.
Art. 4º A Cooperativa de Trabalho pode ser:
I - de produção, quando constituída por sócios que contribuem com trabalho para a produção em comum de bens e a cooperativa detém, a qualquer título, os meios de produção; e
II - de serviço, quando constituída por sócios para a prestação de serviços especializados a terceiros, sem a presença dos pressupostos da relação de emprego.
Parágrafo único. (VETADO).
Art. 5º A Cooperativa de Trabalho não pode ser utilizada para intermediação de mão de obra subordinada.
Parágrafo único. (VETADO).
Art. 6º A Cooperativa de Trabalho poderá ser constituída com número mínimo de 7 (sete) sócios.
Art. 7º A Cooperativa de Trabalho deve garantir aos sócios os seguintes direitos, além de outros que a Assembleia Geral venha a instituir:

I - retiradas não inferiores ao piso da categoria profissional e, na ausência deste, não inferiores ao salário mínimo, calculadas de forma proporcional às horas trabalhadas ou às atividades desenvolvidas;
II - duração do trabalho normal não superior a 8 (oito) horas diárias e 44 (quarenta e quatro) horas semanais, exceto quando a atividade, por sua natureza, demandar a prestação de trabalho por meio de plantões ou escalas, facultada a compensação de horários;
III - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;
IV - repouso anual remunerado;
V - retirada para o trabalho noturno superior à do diurno;
VI - adicional sobre a retirada para as atividades insalubres ou perigosas;
VII - seguro de acidente de trabalho.
§ 1º Não se aplica o disposto nos incisos III e IV do *caput* deste artigo nos casos em que as operações entre o sócio e a cooperativa sejam eventuais, salvo decisão assemblear em contrário.
§ 2º A Cooperativa de Trabalho buscará meios, inclusive mediante provisionamento de recursos, com base em critérios que devem ser aprovados em Assembleia Geral, para assegurar os direitos previstos nos incisos I, III, IV, V, VI e VII do *caput* deste artigo e outros que a Assembleia Geral venha a instituir.
§ 3º A Cooperativa de Trabalho, além dos fundos obrigatórios previstos em lei, poderá criar, em Assembleia Geral, outros fundos, inclusive rotativos, com recursos destinados a fins específicos, fixando o modo de formação, custeio, aplicação e liquidação.
§ 4º (VETADO).
§ 5º A Cooperativa de Trabalho constituída nos termos do inciso I do *caput* do art. 4º desta Lei poderá, em Assembleia Geral Extraordinária, estabelecer carência na fruição dos direitos previstos nos incisos I e VII do *caput* deste artigo.
§ 6º As atividades identificadas com o objeto social da Cooperativa de Trabalho prevista no inciso II do *caput* do art. 4º desta Lei, quando prestadas fora do estabelecimento da cooperativa, deverão ser submetidas a uma coordenação com mandato nunca superior a 1 (um) ano ou ao prazo estipulado para a realização dessas atividades, eleita em reunião específica pelos sócios que se disponham a realizá-las, em que serão expostos os requisitos para sua consecução, os valores contratados e a retribuição pecuniária de cada sócio partícipe.
Art. 8º As Cooperativas de Trabalho devem observar as normas de saúde e segurança do trabalho previstas na legislação em vigor e em atos normativos expedidos pelas autoridades competentes.
Art. 9º O contratante da Cooperativa de Trabalho prevista no inciso II do *caput* do art. 4º desta Lei responde solidariamente pelo cumprimento das normas de saúde e segurança do trabalho quando os serviços forem prestados no seu estabelecimento ou em local por ele determinado.

CAPÍTULO II
DO FUNCIONAMENTO DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO

Art. 10. A Cooperativa de Trabalho poderá adotar por objeto social qualquer gênero de serviço, operação ou atividade, desde que previsto no seu Estatuto Social.
§1º É obrigatório o uso da expressão "Cooperativa de Trabalho" na denominação social da cooperativa.
§2º A Cooperativa de Trabalho não poderá ser impedida de participar de procedimentos de licitação pública que tenham por escopo os mesmos serviços, operações e atividades previstas em seu objeto social.
§3º A admissão de sócios na cooperativa estará limitada consoante as possibilidades de reunião, abrangência das operações, controle e prestação de serviços e congruente com o objeto estatuído.
§4º Para o cumprimento dos seus objetivos sociais, o sócio poderá exercer qualquer atividade da cooperativa, conforme deliberado em Assembleia Geral.
Art. 11. Além da realização da Assembleia Geral Ordinária e Extraordinária para deliberar nos termos dos e sobre os assuntos previstos na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e no Estatuto Social, a Cooperativa de Trabalho deverá realizar anualmente, no mínimo, mais uma Assembleia Geral Especial para deliberar, entre outros assuntos especificados no edital de convocação, sobre gestão da cooperativa, disciplina, direitos e deveres dos sócios, planejamento e resultado econômico dos projetos e contratos firmados e organização do trabalho.
§1º O destino das sobras líquidas ou o rateio dos prejuízos será decidido em Assembleia Geral Ordinária.

§2º As Cooperativas de Trabalho deverão estabelecer, em Estatuto Social ou Regimento Interno, incentivos à participação efetiva dos sócios na Assembleia Geral e eventuais sanções em caso de ausências injustificadas.
§3º O quórum mínimo de instalação das Assembleias Gerais será de:
I - 2/3 (dois terços) do número de sócios, em primeira convocação;
II - metade mais 1 (um) dos sócios, em segunda convocação;
III - 50 (cinquenta) sócios ou, no mínimo, 20% (vinte por cento) do total de sócios, prevalecendo o menor número, em terceira convocação, exigida a presença de, no mínimo, 4 (quatro) sócios para as cooperativas que possuam até 19 (dezenove) sócios matriculados.
§4º As decisões das assembleias serão consideradas válidas quando contarem com a aprovação da maioria absoluta dos sócios presentes.
§5º Comprovada fraude ou vício nas decisões das assembleias, serão elas nulas de pleno direito, aplicando-se, conforme o caso, a legislação civil e penal.
§6º A Assembleia Geral Especial de que trata este artigo deverá ser realizada no segundo semestre do ano.
Art. 12. A notificação dos sócios para participação das assembleias será pessoal e ocorrerá com antecedência mínima de 10 (dez) dias de sua realização.
§1º Na impossibilidade de notificação pessoal, a notificação dar-se-á por via postal, respeitada a antecedência prevista no *caput* deste artigo.
§2º Na impossibilidade de realização das notificações pessoal e postal, os sócios serão notificados mediante edital afixado na sede e em outros locais previstos nos estatutos e publicado em jornal de grande circulação na região da sede da cooperativa ou na região onde ela exerça suas atividades, respeitada a antecedência prevista no *caput* deste artigo.
Art. 13. É vedado à Cooperativa de Trabalho distribuir verbas de qualquer natureza entre os sócios, exceto a retirada devida em razão do exercício de sua atividade como sócio ou retribuição por conta de reembolso de despesas comprovadamente realizadas em proveito da Cooperativa.
Art. 14. A Cooperativa de Trabalho deverá deliberar, anualmente, na Assembleia Geral Ordinária, sobre a adoção ou não de diferentes faixas de retirada dos sócios.
Parágrafo único. No caso de fixação de faixas de retirada, a diferença entre as de maior e as de menor valor deverá ser fixada na Assembleia.
Art. 15. O Conselho de Administração será composto por, no mínimo, 3 (três) sócios, eleitos pela Assembleia Geral, para um prazo de gestão não superior a 4 (quatro) anos, sendo obrigatória a renovação de, no mínimo, 1/3 (um terço) do colegiado, ressalvada a hipótese do art. 16 desta Lei.
Art. 16. A Cooperativa de Trabalho constituída por até 19 (dezenove) sócios poderá estabelecer, em Estatuto Social, composição para o Conselho de Administração e para o Conselho Fiscal distinta da prevista nesta Lei e no art. 56 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, assegurados, no mínimo, 3 (três) conselheiros fiscais.

CAPÍTULO III
DA FISCALIZAÇÃO E DAS PENALIDADES

Art. 17. Cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego, no âmbito de sua competência, a fiscalização do cumprimento do disposto nesta Lei.
§1º A Cooperativa de Trabalho que intermediar mão de obra subordinada e os contratantes de seus serviços estarão sujeitos à multa de R$ 500,00 (quinhentos reais) por trabalhador prejudicado, dobrada na reincidência, a ser revertida em favor do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.
§2º Presumir-se-á intermediação de mão de obra subordinada a relação contratual estabelecida entre a empresa contratante e as Cooperativas de Trabalho que não cumprirem o disposto no § 6º do art. 7º desta Lei.
§3º As penalidades serão aplicadas pela autoridade competente do Ministério do Trabalho e Emprego, de acordo com o estabelecido no Título VII da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
Art. 18. A constituição ou utilização de Cooperativa de Trabalho para fraudar deliberadamente a legislação trabalhista, previdenciária e o disposto nesta Lei acarretará aos responsáveis as sanções penais, cíveis e administrativas cabíveis, sem prejuízo da ação judicial visando à dissolução da Cooperativa.
§1º (VETADO).

§2º Fica inelegível para qualquer cargo em Cooperativa de Trabalho, pelo período de até 5 (cinco) anos, contado a partir da sentença transitada em julgado, o sócio, dirigente ou o administrador condenado pela prática das fraudes elencadas no *caput* deste artigo.

CAPÍTULO IV
DO PROGRAMA NACIONAL DE FOMENTO ÀS COOPERATIVAS DE TRABALHO – PRONACOOP

Art. 19. É instituído, no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego, o Programa Nacional de Fomento às Cooperativas de Trabalho - PRONACOOP, com a finalidade de promover o desenvolvimento e a melhoria do desempenho econômico e social da Cooperativa de Trabalho.
Parágrafo único. O Pronacoop tem como finalidade apoiar:
I - a produção de diagnóstico e plano de desenvolvimento institucional para as Cooperativas de Trabalho dele participantes;
II - a realização de acompanhamento técnico visando ao fortalecimento financeiro, de gestão, de organização do processo produtivo ou de trabalho, bem como à qualificação dos recursos humanos;
III - a viabilização de linhas de crédito;
IV - o acesso a mercados e à comercialização da produção;
V - o fortalecimento institucional, a educação cooperativista e a constituição de cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas;
VI - outras ações que venham a ser definidas por seu Comitê Gestor no cumprimento da finalidade estabelecida no *caput* deste artigo.
Art. 20. É criado o Comitê Gestor do Pronacoop, com as seguintes atribuições:
I - acompanhar a implementação das ações previstas nesta Lei;
II - estabelecer as diretrizes e metas para o Pronacoop;
III - definir as normas operacionais para o Pronacoop;
IV - propor o orçamento anual do Pronacoop;
V – (VETADO);
VI – (VETADO).
§1º O Comitê Gestor terá composição paritária entre o governo e entidades representativas do cooperativismo de trabalho.
§2º O número de membros, a organização e o funcionamento do Comitê Gestor serão estabelecidos em regulamento.
Art. 21. O Ministério do Trabalho e Emprego poderá celebrar convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos que objetivem a cooperação técnico-científica com órgãos do setor público e entidades privadas sem fins lucrativos, no âmbito do Pronacoop.
Art. 22. As despesas decorrentes da implementação do Pronacoop correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas anualmente ao Ministério do Trabalho e Emprego.
Art. 23. Os recursos destinados às linhas de crédito do Pronacoop serão provenientes:
I - do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT;
II - de recursos orçamentários da União; e
III - de outros recursos que venham a ser alocados pelo poder público.
Parágrafo único. O Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - CODEFAT definirá as diretrizes para a aplicação, no âmbito do Pronacoop, dos recursos oriundos do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.
Art. 24. As instituições financeiras autorizadas a operar com os recursos do Pronacoop poderão realizar operações de crédito destinadas a empreendimentos inscritos no Programa sem a exigência de garantias reais, que poderão ser substituídas por garantias alternativas, observadas as condições estabelecidas em regulamento.
Parágrafo único. (VETADO).
Art. 25. (VETADO).

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. É instituída a Relação Anual de Informações das Cooperativas de Trabalho - RAICT, a ser preenchida pelas Cooperativas de Trabalho, anualmente, com informações relativas ao ano-base anterior.

Parágrafo único. O Poder Executivo regulamentará o modelo de formulário da RAICT, os critérios para entrega das informações e as responsabilidades institucionais sobre a coleta, processamento, acesso e divulgação das informações.

Art. 27. A Cooperativa de Trabalho constituída antes da vigência desta Lei terá prazo de 12 (doze) meses, contado de sua publicação, para adequar seus estatutos às disposições nela previstas.

Art. 28. A Cooperativa de Trabalho prevista no inciso II do *caput* do art. 4º desta Lei constituída antes da vigência desta Lei terá prazo de 12 (doze) meses, contado de sua publicação, para assegurar aos sócios as garantias previstas nos incisos I, IV, V, VI e VII do *caput* do art. 7º desta Lei, conforme deliberado em Assembleia Geral.

Art. 29. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 30. (VETADO).

Brasília, 19 de julho de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

Código de Ética Médica

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 1.931, DE 17 DE SETEMBRO DE 2009[1]

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis nº 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e
CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;
CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;
CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;
CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;
CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.
CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.
Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.
Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 17 de setembro de 2009.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

[1] Publicada no DOU em 24/09/2009, seção 1, p. 90 e retificada conforme publicação no DOU em 13/10/2009, seção 1, p. 173.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 1.956/2010, DE 7 DE OUTUBRO DE 2010[1]

Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**,** no uso das atribuições conferidas pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n° 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterada pela Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto n° 6.821, de 14 de abril de 2009, e
CONSIDERANDO que o médico deve, em benefício do seu paciente, agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade;
CONSIDERANDO que o médico não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;
CONSIDERANDO que para tal deve aprimorar-se continuamente quanto aos seus conhecimentos técnicos e ao progresso da ciência médica;
CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no país;
CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente;
CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.614/01 disciplina a função de auditoria médica;
CONSIDERANDO que é imperiosa a garantia de acesso aos médicos e, por conseguinte, aos pacientes, da evolução tecnológica comprovada cientificamente e liberada para uso no país;
CONSIDERANDO que é vedado ao médico obter qualquer forma de lucro ou vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses, materiais especiais ou artigos implantáveis de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional;
CONSIDERANDO que reconhecidamente há conflitos de ordens diversas entre médicos assistentes e operadoras de planos de saúde, como também instituições públicas da área, quando da indicação para uso de órteses, próteses e materiais implantáveis;
CONSIDERANDO que, de acordo com a Resolução CFM n° 1.804/06, os artigos implantáveis são utilizados sob a supervisão e responsabilidade do diretor técnico do hospital ou outro médico por ele indicado;
CONSIDERANDO a necessidade de declaração de conflito de interesses na área de pesquisa, produção científica e educação continuada para maior transparência e imparcialidade na atividade profissional;
CONSIDERANDO que deve ser respeitado o direito do paciente em receber informações quanto ao seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, neste caso, ser feita a comunicação a seu representante legal;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de outubro de 2010,

RESOLVE:

Art. 1° Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.
Art. 2° O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.
Art. 3° É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.
Art. 4° As autorizações ou negativas devem ser acompanhadas de parecer identificado com o nome e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico responsável pelo mesmo.
Art. 5° O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendam às características previamente especificadas.

[1] Publicada no D.O.U., de 25 de outubro de 2010, Seção I, p. 126.

Parágrafo único. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à Anvisa, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.

Art. 6° Caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a operadora ou instituição pública, deverá, de comum acordo, ser escolhido um médico especialista na área, para a decisão.

§ 1° Esta decisão não deverá ultrapassar o prazo de cinco dias úteis, contados a partir do conhecimento do responsável pela arbitragem.

§ 2° Cabe arbitragem mesmo nas situações de emergências, quando não for possível pré-autorização e tenha sido usado o material implantável, órtese ou prótese.

§ 3º O médico que atua como árbitro tem direito a remuneração.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga os dispositivos em contrário.

Brasília-DF, 7 de outubro de 2010

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-geral

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

PREÂMBULO

I - O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.
II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.
III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.
IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discrição e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.
V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.
VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

CAPÍTULO I
PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.
II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.
IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.
V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.
VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.
VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.
VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.
IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.
X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.
XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.
XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.
XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.
XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.
XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.
XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.
XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.
XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.
XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.
XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.
XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.
XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.
XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.
XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

CAPÍTULO II
DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:
I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.
II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.
III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.
IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.
V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.
VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.
VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.
VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.
IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.
X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

CAPÍTULO III
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:
Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.
Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.
Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.
Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.
Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.
Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.
Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.
Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.
Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.
Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.
Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.
Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.
Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.
Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.
Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.
Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.
§1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.
§2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:
I - criar seres humanos geneticamente modificados;
II - criar embriões para investigação;
III - criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.
§3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.
Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.
Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.
Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.
Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.
Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde

interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.
Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

CAPÍTULO IV
DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:
Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.
Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.
Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.
Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.
Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.
Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.
Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente ao Conselho Regional de Medicina.
Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.
Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

CAPÍTULO V
RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:
Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.
Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.
Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.
Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.
Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.
§1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.
§2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.
Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.
Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.
Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39. Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.
Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.
Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

CAPÍTULO VI
DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

É vedado ao médico:
Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.
Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.
Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.
Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

CAPÍTULO VII
RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS

É vedado ao médico:
Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.
Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.
Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.
Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.
Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.
Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.
Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.
Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.
Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.
Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.
Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO VIII
REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:
Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.
Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.
Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.
Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.
Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.
Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.
Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.
Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.
Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.
Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.
Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.
Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.
Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.
Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.
Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

CAPÍTULO IX
SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:
Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.
Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.
Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.
Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.
Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.
Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresso consentimento do seu representante legal.
Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.
Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

CAPÍTULO X
DOCUMENTOS MÉDICOS

É vedado ao médico:
Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.
Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.
Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.
Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.
Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.
Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.
Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.
Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.
§1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.
§2º O prontuário estará sob guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.
Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.
Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.
§1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.
§2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.
Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.
Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

CAPÍTULO XI
AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA

É vedado ao médico:
Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.
Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.
Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.
Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.
Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.
Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

CAPÍTULO XII
ENSINO E PESQUISA MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

CAPÍTULO XIII
PUBLICIDADE MÉDICA

É vedado ao médico:

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.
Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

CAPÍTULO XIV
DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.
II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.
III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.
IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.

Resolução da Diretoria Colegiada

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 7, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2000[1]

Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 17 de janeiro de 2000, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação.

Art. 1º Entende-se por Plano Referência de Assistência à Saúde, o plano que oferece cobertura assistencial médico hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, correspondendo à segmentação ambulatorial acrescida da segmentação hospitalar com cobertura obstétrica, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar.[2]

Art. 2º As empresas que operam produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23 de 10 de fevereiro de 2000, devem oferecer obrigatoriamente o Plano Referência a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§1º Excluem-se desta obrigatoriedade as entidades ou empresas que mantém sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as empresas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§2º As empresas que operam produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 devem ter registrado o Plano Referência, conforme descrito no art. 1º desta RDC, junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS.

§3º As empresas deverão informar à ANS o número do registro provisório dos produtos de que trata o parágrafo anterior, em conformidade com as normas específicas que serão expedidas pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 22/02/2000, seção 1, p. 20.

[2] Vide arts. 5º e 6º da Res. CONSU nº 13.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 28, DE 26 DE JUNHO DE 2000[1]

Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com as competências definidas nos incisos XVI e XVIII do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no inciso VI do art. 8º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 20 de junho de 2000, e Considerando que o acompanhamento permanente das práticas de formação de preços representa instrumento da mais alta importância para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado, de forma a garantir uma efetiva regulação da assistência suplementar à saúde, adotou a seguinte Resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instituída a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde, como requisito para obtenção de registro provisório junto à ANS.

Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais e/ou familiares e aos planos coletivos, com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos com formação de preço pós-estabelecido.[2]

Art. 2º A partir da data de publicação desta Resolução, os documentos exigidos para registro de produtos junto à ANS, referidos no parágrafo único do art. 5º da RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, deverão estar acompanhados da Nota Técnica de Registro de Produto, atestada por atuário registrado no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA.

§1º A Nota Técnica de Registro de Produto de que trata o *caput* deste artigo deverá estar em conformidade com o Anexo I desta Resolução e vir acompanhada dos Anexos II-A e II-B.[3]

§2º Os Anexos II-A e II-B deverão ser entregues no formato de planilha eletrônica Excel, versão 97 ou anterior, em meio magnético, utilizando-se disquete de 3,5 polegadas ou CD.

§3º O arquivo com os anexos a que se refere o parágrafo anterior estará disponível para download na página da ANS na Internet, no endereço http://www.ans.saude.gov.br.

§4º Para efeito de remissão ficam validadas as definições constantes do Anexo III desta Resolução.

Art. 3º O representante legal da operadora e o atuário mencionado no artigo anterior deverão declarar em conjunto, na apresentação da Nota Técnica de Registro de Produto, que os valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias dos planos e produtos são suficientes, na respectiva data de registro, para cobrir os custos de assistência à saúde oferecidos e as despesas não assistenciais da operadora exclusivamente vinculadas ao plano ou produto.

Art. 4º As operadoras deverão manter em arquivo, em meio magnético, a base de dados utilizada para a elaboração da Nota Técnica referida no art. 1º para verificação pela ANS.

§1º A ANS poderá requisitar o envio da base de dados referida no artigo anterior, dentro do prazo que determinar.

§2º O não atendimento à requisição da base de dados no prazo determinado pela ANS poderá ensejar o cancelamento do registro do produto junto à ANS e constituirá infração punível com multa de acordo com a legislação em vigor.

Art. 5º É vedado à operadora comercializar planos e produtos cobrando valores de contraprestações pecuniárias inferiores aos discriminados na respectiva Nota Técnica de Registro de Produto protocolizada junto à ANS.

§1º Os valores mínimos para comercialização serão os da coluna "K" (Despesa Assistencial Líquida por Exposto com Margem de Segurança Estatística por Exposto) do Anexo II-B desta Resolução.

---

[1] Publicada no DOU em 28/06/2000, seção 1, p. 49.

[2] O § único do art. 1º está alterado conforme art. 1º da RN nº 304/2012.

[3] Os Anexos desta resolução estão disponíveis no site da ANS, porém devem ser consultados por intermédio da IN/DIPRO nº 08/2002, considerando a alteração no item 2 do Anexo IV prevista no art. 1º da IN/DIPRO nº 18/2008. O Item 5 do Anexo III está alterado, conforme art. 5º da RN Nº 252/2011.

§2º Revogado.[1]
§3º Revogado.
Art. 6º As operadoras devem manter um monitoramento periódico dos custos de operação dos seus planos, podendo atualizar a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, sempre que ocorrerem alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, bem como quaisquer outras que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002).[2]
§1º A atualização referida no *caput* torna-se obrigatória sempre que os preços das tabelas de vendas adotadas pela operadora ultrapassarem o Limite Mínimo ou o Limite Máximo de comercialização estabelecidos e a sua não observação ensejará a aplicação das penalidades cabíveis.
§2º Os limites a que se refere o parágrafo anterior são os seguintes:
I - Limite Mínimo: corresponde à subtração de trinta por cento do Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002); e
II - Limite Máximo: corresponde à adição de trinta por cento sobre o Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002).
§3º A despeito do Limite Mínimo a que se refere o inciso I do parágrafo anterior, o preço de comercialização deverá ainda respeitar o valor mínimo definido no parágrafo 1º do artigo 5º desta Resolução.
§4º A atualização referida no *caput* e no §1º será considerada tão somente para fins de novas comercializações.
Art. 6º-A As variações de preço por faixa etária das tabelas de vendas deverão manter perfeita relação com as decorrentes dos valores informados na coluna do Valor Comercial da Mensalidade constante do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 2002 (coluna "T") e com os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária expressamente estabelecidos em contrato. [3]
Parágrafo único. A variação percentual entre as faixas etárias deverá ser a mesma para todas as regiões onde o plano é operado.[4]
Art. 6º-B Em caso de adoção de diferentes valores ou percentuais de co-participação e/ou franquia em um mesmo plano, os critérios estabelecidos para cada um desses valores ou percentuais devem estar descritos na base técnica da NTRP.
§1º Todos os preços das tabelas de vendas para o plano com co-participação e/ou franquia devem satisfazer os limites estabelecidos no parágrafo 2º do artigo 6º desta Resolução.
§2º Apenas um arquivo contendo os Anexos II-A e II-B, deve ser encaminhado no registro do plano e a cada atualização, por região de comercialização.[5]
Art. 6º-C Caso o plano esteja com a situação do registro "ativo com comercialização suspensa", na forma do inciso II do art. 12 da RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, por não atualização da NTRP, a atualização da mesma deverá ser feita previamente à comercialização.
Art. 6º-D A NTRP dos planos coletivos empresariais será adotada como referência para os contratos comercializados.[6]
§1º O artigo 5º, o §1º do artigo 6º, o artigo 6º-A desta resolução, e o item "e" do inciso I do Anexo I da IN-DIPRO nº 8, de 27 de dezembro de 2002, não se aplicam aos contratos coletivos empresariais que possuírem 30 (trinta) ou mais beneficiários na data de sua comercialização.
§2º Caso necessário, a ANS poderá solicitar às operadoras o critério de cálculo de preço dos planos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais beneficiários.
Art. 6º-E A operadora poderá elaborar a NTRP com preços regionalizados, devendo, para tanto, preencher os Anexos II-A e II-B para cada uma das regiões.
§1º As tabelas de vendas deverão obedecer aos parâmetros constantes nos Anexos da NTRP em cada uma das regiões.
§2º No momento da atualização da NTRP, deverão ser preenchidos os Anexos II-A e II-B para todas as regiões, e enviados à ANS, todos os arquivos, na mesma data.[7]

---

[1] Os §§2º e 3º do art. 5º foram revogados, conforme art. 8º da RN nº 252/2011.
[2] O art. 6º e seus §§ estão alterados conforme art. 1º da RN nº 183/2008.
[3] Os arts. 6º-A, 6º-B e 6º-C foram acrescidos conforme art. 2º da RN nº 183/2008.
[4] O parágrafo único do art. 6º - A, foi acrescido conforme art. 2º da RN nº 320/2013.
[5] O §2º do art. 6º-B foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 320/2013.
[6] O art. 6º-D foi acrescido conforme art. 2º da RN nº 304/2012.
[7] O art. 6º - E, está integralmente alterado, conforme art. 2º da RN nº 320/2013.

Art. 7º A ANS poderá determinar a suspensão da comercialização de planos e produtos quando a análise da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto apontar a utilização de parâmetros atuariais e epidemiológicos inconsistentes na fixação dos valores das contraprestações pecuniárias.
Art. 8º As operadoras referidas no inciso II do art. 1º, da Lei nº 9.656, de 1998, que registraram planos e produtos no Ministério da Saúde ou na Agência Nacional de Saúde Suplementar, a partir de 2 de janeiro de 1999 até a publicação desta Resolução, deverão complementar a documentação de registro com a Nota Técnica de Registro de Produto, na forma e prazos a serem estabelecidos pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.[1]
§1º A obrigação a que se refere o *caput* deste artigo aplica-se apenas aos planos e produtos comercializados pelas operadoras a partir de 2 de janeiro de 1999 até a presente data e não implicará pagamento de taxa de alteração de registro provisório de produto.
§2º Entende-se por produto comercializado aqueles que possuam beneficiários ativos.
§3º Revogado.
Art. 9º A ANS, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, poderá instaurar fiscalização direta nas operadoras de planos e produtos privados de saúde, de modo a aferir as informações prestadas.
Parágrafo único. Constatadas irregularidades nas informações prestadas poderá ser instaurado processo administrativo para aplicação das penalidades cabíveis.
Art. 10. O não atendimento ao disposto nesta RDC ensejará a aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor.
Art. 11. A partir da publicação desta Resolução, as operadoras ficam desobrigadas de informar os preços dos planos e produtos previstos no aplicativo RPS estabelecido na RDC nº 04, de 18 de fevereiro de 2000.
Art. 12. Ficam revogados o §3º do art. 2º e o inciso IX do item A do Anexo I da RDC nº 04, de 2000.
Parágrafo único. O campo relativo ao preço do produto, conforme inciso IX do Anexo I da RDC nº 04, de 2000, deverá, a partir da publicação desta Resolução, ser preenchido com o valor de R$ 1,00 (um Real).
Art. 13. Esta RDC entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] O art. 8º está alterado conforme RDC nº 46/2000.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000[1]

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 19 de outubro de 2000 e considerando o disposto no inciso VI do art. 8º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o *caput* deste artigo.

Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

I - hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:

a) da operadora;

b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;

c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

II - médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

CAPÍTULO II
DOS TIPOS DE ATENÇÃO

Art. 3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

I - médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou

II - odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras.

CAPÍTULO III
DA SEGMENTAÇÃO

Art. 4º As Operadoras de Planos que, na forma do artigo anterior, atuam no tipo de atenção médico hospitalar segmentam-se em:

I - segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II - segmento primário principal SUS/SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III - segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

[1] Publicada no DOU em 30/10/2000, seção 1, p. 55.

IV - segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;
V - segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou
VI - segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.
§1º O enquadramento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde dar-se-á, exclusivamente, em um único segmento.
§2º Na hipótese de as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde se enquadrarem em mais de um segmento, prevalecerá, para fins do disposto no parágrafo anterior, o critério relativo aos gastos em serviços hospitalares.
Art. 5º As Operadoras de Planos, que atuam no tipo de atenção odontológico descrito no inciso II do art. 3º, segmentam-se em:
I - segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;
II - segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou
III - segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.
Art. 6º Revogado.[1]
Art. 7º Revogado.
Art. 8º Revogado.
Art. 9º Revogado. [2]

CAPITULO IV
DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:
I - administradora;
II - cooperativa médica;
III - cooperativa odontológica;
IV - autogestão;
V - medicina de grupo;
VI - odontologia de grupo; ou
VII - filantropia.

Seção I
Da Administradora

Art. 11. Revogado. [3]

Seção II
Da Cooperativa Médica

Art. 12. 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.

Seção III
Da Cooperativa Odontológica

[1] Os arts. 6°, 7º e 8º foram revogados conforme art. 26 da RN n° 148/2007.
[2] O art. 9º foi revogado conforme art. 13 da RN Nº 196/2009.
[3] O art. 11 foi revogado conforme art. 13 da RN Nº 196/2009.

Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Seção IV
Da Autogestão

Art. 14. Revogado[1]

Seção V
Da Medicina De Grupo

Art. 15. 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 contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.

Seção VI
Da Odontologia de Grupo

Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

Seção VII
Da Filantropia

Art. 17. Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o 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.[2]

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 18. Para requerer autorização definitiva de funcionamento, as empresas ou entidades que atuam no mercado de assistência à saúde, operando planos deverão, necessariamente, enquadrar-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV desta Resolução.

Art. 19. Para o cálculo dos gastos despendidos com a prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos de que tratam os arts. 4º e 5º desta Resolução, respectivamente, deverão ser considerados os períodos de janeiro a junho e de julho a dezembro de cada ano civil, devendo ser enviados à ANS até o último dia útil dos meses de agosto e fevereiro, respectivamente.

§1º As Operadoras que já possuem registro provisório junto à ANS deverão iniciar a apuração das informações definidas no *caput* deste artigo a partir de 1º de janeiro de 2001, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no *caput* deste artigo.

§2º As Operadoras que obtiverem autorização de funcionamento junto à ANS, após a data de publicação desta Resolução, deverão apurar as informações definidas no *caput* deste artigo a partir da data de início de sua operação, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no *caput* deste artigo.

Art. 20. Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] O art. 14 foi revogado, conforme art. 26 da RN n° 148/2007.

[2] O art. 17 está alterado conforme art. 5º da RN nº 315/2012.

Resolução Normativa da Diretoria Colegiada

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 1, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2002[1]

Dispõe sobre o pagamento de Taxa de Saúde Suplementar – TSS não recolhida por força de decisão judicial.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe conferem os arts. 4º inciso XXXVIII, e 21 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando o disposto nos arts. 3º, inciso XXXIX, 9º, inciso III, e 26, inciso I e §2º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, e no art. 60, inciso II, alínea "a", da Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, e, ainda, tendo em vista o disposto no art. 63 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, em reunião de 5 de fevereiro de 2002, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Salvo disposição em contrário expressa em lei, na hipótese de cassação de medida judicial que haja impedido o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar - TSS, o pagamento do débito deverá ser efetuado pela própria operadora de planos privados de assistência à saúde junto à Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
Art. 2º Na hipótese do art. 1º, incidirão os descontos de que trata o art. 20 da Lei nº 9.961, de 2000, e não incidirá multa de mora desde a concessão da medida judicial até o trigésimo dia após a data da publicação de sua cassação.[2]
§1º No caso de pagamento após o prazo referido no *caput* deste artigo, não incidirão descontos previstos no art. 20 da Lei nº 9.961, de 2000, bem como será devida multa de mora a partir do trigésimo primeiro dia após a data da publicação da cassação da medida judicial.
§2º Em qualquer hipótese, serão devidos juros de mora sem qualquer interrupção, desde o mês seguinte ao vencimento.
Art. 3º O disposto nesta Resolução Normativa aplica-se, exclusivamente, aos casos em que a suspensão da exigibilidade da TSS tenha ocorrido antes do respectivo vencimento.
Art. 4º Esta Resolução Normativa - RN entrará em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 13/02/2002, seção 1, p. 34.
[2] Os arts. 2º e 3º estão alterados conforme art. 30 da RN nº 04/2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 4, DE 19 DE ABRIL DE 2002[1]

Dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em conformidade com o disposto nos arts. 3º, 17, 21, §1º, 24 e 25 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, combinado com o previsto nos arts. 2º, 27 e 28 do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001; na Medida Provisória nº 2.176-79, de 23 de agosto de 2001; e, ainda, com base na Nota Técnica nº 16, de 2001, e no Parecer nº 143, de 2002, ambos da Procuradoria da ANS, em reunião realizada em 9 de abril de 2002, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Os débitos tributários e não tributários para com a ANS, poderão ser parcelados em até sessenta prestações mensais, na forma e condições previstas nesta Resolução.[2]
Art. 2º O parcelamento de débitos de responsabilidade das microempresas e empresas de pequeno porte atenderá as regras da Lei nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, aplicando-se, no que couber, o disposto na Medida Provisória nº 2.176-79, de 2001.
Art. 3º Os pedidos de parcelamento serão apresentados à ANS por meio de requerimento formalizado em modelo próprio e de acordo com o que vier a ser estabelecido em Instrução Normativa.
§1º Os parcelamentos serão apresentados agrupados pela natureza do débito.
§2º Ao requerer o parcelamento, o pedido deverá ser assinado pelo devedor ou o seu representante legal com poderes especiais, nos termos da lei, juntando-se o respectivo instrumento, comprovando-se o recolhimento de valor correspondente à primeira parcela, conforme o montante do débito e o prazo solicitado.
§3º O pedido de parcelamento deverá ser instruído com os seguintes documentos:[3]
I – declaração do devedor, sob as penas da lei, de que não ingressou com nenhuma ação judicial, nem mesmo apresentou embargos à execução, questionando o débito relativo ao pedido de parcelamento, conforme modelo constante do Anexo I, ou, na hipótese de já tê-lo feito, cópia de petição de renúncia ao direito veiculado pela ação ou pelos embargos, devidamente protocolizada junto ao órgão jurisdicional competente, mais declaração, sob as penas da lei, de que não possui outras ações ou embargos discutindo o débito relativo ao pedido de parcelamento, conforme modelo constante do Anexo II; e
II – Revogado.[4]
Art. 4º Enquanto não decidido o pedido, a operadora de plano de saúde fica obrigada a recolher mensalmente, até o último dia útil de cada mês, a partir do mês subseqüente ao do protocolo do pedido, valor correspondente a uma parcela do débito, a título de antecipação.
Art. 5º O não cumprimento do disposto nos arts. 3º e 4º implicará no indeferimento do pedido.
Art. 6º O pedido de parcelamento importa em confissão irretratável do débito e configura confissão extrajudicial, nos termos dos arts. 348, 353 e 354 do Código de Processo Civil, podendo a exatidão do valor ser objeto de verificação.
Art. 7º Sendo necessária a verificação da exatidão dos valores objeto do parcelamento, poderá ser solicitada diligência à Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES ou à Presidência (PRESI)[5] para apurar o montante realmente devido, ainda que já deferido o parcelamento, procedendo-se às eventuais correções.
Art. 8º Revogado.
Art. 9º Revogado.[6]

---

[1] Publicada no DOU em 22/04/2002, seção 1, p. 21.
[2] O art. 1º está alterado conforme art. 1º da RN Nº 18/2002.
[3] O § 3º do art. 3º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 328/2013.
[4] O inciso II do ar. 3º foi revogado, conforme art. 14 da RN nº 351/2014.
[5] O art. 7º está alterado conforme art. 1º da RN Nº 168/2008.
[6] Os arts. 8º e 9º foram revogados, conforme RN nº 356/2014.

Art. 10. Considerar-se-ão automaticamente deferidos os pedidos de parcelamento instruídos com a observância desta Resolução Normativa, após decorridos noventa dias da data de seu protocolo, sem manifestação da autoridade.

Parágrafo único. Ainda que ultrapassado o prazo estabelecido no *caput*, implicará indeferimento do pedido:[1]

I – a não apresentação de algum dos documentos previstos no art. 3º, exigíveis conforme o caso;

II – o não pagamento da primeira parcela;

III – a existência de vedação ao parcelamento, prevista em lei ou nesta Resolução;

IV – Revogado.

V – Revogado.[2]

Art. 11. Poderá ser concedido parcelamento simplificado, importando o pagamento da primeira parcela em confissão irretratável da dívida e adesão aos termos e condições estabelecidos pela lei e pelas demais normas para o parcelamento de débitos para com a ANS.

§1º O valor máximo do débito consolidado, para fins do *caput* deste artigo, não poderá ser superior a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).[3]

§2º O parcelamento poderá ser efetuado em até sessenta vezes.[4]

§3º Os débitos do mesmo devedor, observado o §1º do art. 3º, poderão ser objeto de parcelamentos simplificados, desde que a soma dos respectivos valores não ultrapasse o valor previsto no §1º, não sendo computados, para este fim, os parcelamentos anteriormente concedidos que estejam com os seus pagamentos em dia.

Art. 12. Concedido o parcelamento, será feita a consolidação da dívida, tomando-se como termo final, para cálculo dos acréscimos legais, a data da concessão, deduzidos os pagamentos efetuados a título de antecipação.

§1º Por débito consolidado compreende-se o débito atualizado, mais os encargos e acréscimos, legais ou contratuais, vencidos até a data da concessão do parcelamento.

§2º A concessão do parcelamento implica na suspensão prevista no art. 7º da Medida Provisória nº 2.176-79, de 2001.

§3º O débito, consolidado na forma do §1º, terá o seu valor expresso em moeda nacional.

§4º Para os fins do disposto neste artigo, independentemente da natureza do débito, aplica-se extensivamente a Resolução Normativa - RN Nº 1, de 7 de fevereiro de 2002.

Art. 13. O ato de concessão do parcelamento será comunicado ao requerente, devendo dele constar o valor do débito consolidado, o prazo do parcelamento e, computadas as parcelas antecipadas, o número de parcelas restantes.

Art. 14. O valor de cada parcela será obtido mediante a divisão do valor do débito consolidado pelo número de parcelas restantes, nos termos dos artigos 3º, §2º, e 4º.[5]

§1º O valor de cada parcela será de no mínimo R$ 1.000,00 (mil reais).

§2° O valor de cada parcela, por ocasião do pagamento, será acrescido de juros equivalentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, calculados a partir da data do deferimento até o mês anterior ao do pagamento, e de um por cento relativamente ao mês em que o pagamento estiver sendo efetuado.

Art. 15. As prestações do parcelamento concedido vencerão no último dia útil de cada mês, sendo devidas a partir do mês subseqüente ao do deferimento.

Art. 16. Não será concedido parcelamento relativo a débitos tributários e não tributários:

I - cuja exigibilidade do débito seja objeto de discussão em ação judicial proposta pelo devedor ou seu representante legal, salvo se o requerimento de parcelamento tiver sido instruído com cópia de petição de renúncia ao direito versado na ação ou nos embargos, devidamente protocolizada junto ao órgão jurisdicional competente; e

II - que já tenha sido objeto de parcelamento, ainda não integralmente pago, relativo ao mesmo débito, salvo em se tratando de pedido de reparcelamento, obedecidas as condições estabelecidas nesta Resolução;[6] e

[1] O § único do art. 10º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 328/2013.

[2] Os incisos IV e V do art. 10 foram revogados, conforme art. 14 da RN nº 351.

[3] O §1º do art. 11 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 328/2013.

[4] O §2º do art. 11 está alterado, conforme art. 2º da RN Nº 248/2011.

[5] O art. 14 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 248/2011.

[6] Os incisos I e II do art. 16 estão alterados, conforme art. 2º da RN nº 328/2013.

III - de devedor com liquidação extrajudicial, falência ou insolvência civil decretadas.[1]

Art. 16-A. Observadas as condições previstas neste artigo, será admitido reparcelamento de débitos, inscritos ou não em Dívida Ativa, constantes de parcelamento em andamento ou que tenha sido rescindido.[2]

§1º A formalização do pedido de reparcelamento fica condicionada ao recolhimento da primeira parcela em valor correspondente a:

I – dez por cento do total dos débitos consolidados; ou

II – vinte por cento do total dos débitos consolidados, caso haja débito com histórico de reparcelamento anterior.

§2º Serão admitidos até dois reparcelamentos do mesmo débito.

§3º Aplicam-se aos pedidos de reparcelamento, naquilo que não os contrariar, as demais disposições relativas ao parcelamento previstas nesta Resolução.

Art. 17. Não concedido o parcelamento, será dada ciência ao interessado.

Art. 18. Os valores denunciados espontaneamente não serão passíveis de procedimento fiscal, desde que a denúncia seja anterior ao início do procedimento.

Parágrafo único. A exclusão prevista neste artigo não elimina a possibilidade de verificação da exatidão do débito constante do pedido de parcelamento e da cobrança de eventuais diferenças, acrescidas dos encargos legais e das penalidades cabíveis.

Art. 19. Até o décimo dia útil de cada mês, a DIDES e a PRESI[3] farão publicar demonstrativo dos parcelamentos deferidos no âmbito das respectivas competências, no qual constarão, necessariamente, os números de inscrição dos beneficiários no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ, os valores parcelados e o número de parcelas concedidas.

Art. 20. O parcelamento será automaticamente cancelado:

I - em qualquer hipótese;

a) na falta de pagamento de três parcelas, consecutivas ou não, ou de até duas parcelas, estando pagas todas as demais ou estando vencida a última parcela;

b) com o ajuizamento pelo devedor de qualquer ação judicial visando discutir o débito parcelado;

c) com a descoberta da falsidade de qualquer declaração prestada pelo devedor com o fim de obter a concessão do parcelamento; e

d) com a decretação da liquidação extrajudicial, da falência ou da insolvência civil do devedor;[4]

II – Revogado.[5]

a) com o descumprimento do prazo previsto nesta Resolução para formalização da garantia hipotecária apresentada; ou

b) com a decretação da liquidação extrajudicial, da falência ou da insolvência civil do proprietário do imóvel dado como garantia ou da instituição financeira fiadora, salvo se o devedor substituir a instituição financeira fiadora ou oferecer imóvel de outra pessoa como garantia;[6]

c) com a constatação de ter sido o bem hipotecado penhorado em ação de execução proposta por outro credor;

d) com o não atendimento, no prazo fixado, de intimação expedida ao devedor para repor ou reforçar garantia que tenha perecido ou se desvalorizado; e

e) com a alienação do imóvel hipotecado.[7]

Parágrafo único. Cancelado o parcelamento, apurar-se-á o saldo devedor, mediante a imputação proporcional dos valores pagos, providenciando-se, conforme o caso, o encaminhamento do débito para inscrição em Dívida Ativa ou o prosseguimento da execução fiscal.

Art. 21. Revogado.[8]

Art. 21-A. Revogado.

Art. 21-B. Revogado.

Art. 21-C. Revogado.

---

[1] O inciso III do art. 16 foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 328/2013.

[2] O art. 16 – A foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 328/2013.

[3] O art. 19 está alterado conforme art. 1º da RN nº 168/2008.

[4] As alíneas "a", "b", "c" e "d" do inciso I, art. 20, foram acrescidos conforme art. 3º da RN nº 328/2013.

[5] Os incisos I do art. 20 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 328/2013 e o inciso II revogado, conforme art. 14 da RN nº 356.

[6] As alíneas "a" e "b" do art. 20 estão alterados, conforme art. 2º da RN nº 328/2013.

[7] As alíneas "c", "d" e "e" do inciso II do art. 20 foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 328/2013.

[8] Os arts. 21, 21-A, 21-B, 21-C, 21-D, 21-E, 22, 22-A, 23, 24, 25 e 26 foram revogados, conforme art. 14 da RN nº 351/2014.

Art. 21-D. Revogado.
Art. 21-E. Revogado.
Art. 22. Revogado.
Art. 22-A. Revogado.
Art. 23. Revogado.
Art. 24. Revogado.
Art. 25. Revogado.
Art. 26. Revogado.
Art. 27. O controle e a administração do parcelamento dos débitos ficarão à cargo:
I - da DIDES, nos casos relativos ao ressarcimento ao SUS; e
II - da PRESI[1], nos casos relativos à TSS, às multas, ao ressarcimento previsto no §2º do art. 33 da Lei nº 9.961, de 2000, e a outros recursos que forem devidos à ANS.
Art. 28. Fica delegada competência para a concessão do parcelamento dos débitos:
I - ao Diretor responsável pela DIDES, nos casos relativos ao ressarcimento ao SUS, antes de serem inscritos na Dívida Ativa da ANS;
II - ao Diretor-presidente[2], nos casos relativos à TSS, às multas, ao ressarcimento previsto no §2º do art. 33 da Lei nº 9.961, de 2000, e a outros recursos devidos à ANS, antes de serem inscritos na Dívida Ativa da ANS;
III – Revogado.[3]
§1º Para o parcelamento de que trata esta Resolução Normativa, as autoridades previstas nos incisos I e II deverão ter aprovação prévia da Diretoria Colegiada, obtida mediante Circuito Deliberativo nas formas dos §§5º a 8º do art. 62, do anexo I da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002.
§2º Não se aplica o disposto no §1º aos parcelamentos simplificados previstos no art. 11.
Art. 29. Os documentos, as rotinas, critérios, procedimentos, fluxos e demais prazos, serão definidos em Instrução Normativa:
I - pela DIDES, para a operacionalização do parcelamento dos débitos referentes ao ressarcimento ao SUS.
II - pela PRESI[4], para a operacionalização do parcelamento dos débitos referentes à TSS, às multas, ao ressarcimento previsto no §2º do art. 33 da Lei nº 9.961, de 2000, e a outros recursos que forem devidos à ANS.
Art. 30. Os arts. 2º e 3º da RN Nº 1, de 2002, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 2º Na hipótese do art. 1º, incidirão os descontos de que trata o art. 20 da Lei nº 9.961, de 2000, e não incidirá multa de mora desde a concessão da medida judicial até o trigésimo dia após a data da publicação de sua cassação".
§1º No caso de pagamento após o prazo referido no *caput* deste artigo, não incidirão descontos previstos no art. 20 da Lei nº 9.961, de 2000, bem como será devida multa de mora a partir do trigésimo primeiro dia após a data da publicação da cassação da medida judicial.
§2º Em qualquer hipótese, serão devidos juros de mora sem qualquer interrupção, desde o mês seguinte ao vencimento."
"Art. 3º O disposto nesta Resolução Normativa aplica-se, exclusivamente, aos casos em que a suspensão da exigibilidade da TSS tenha ocorrido antes do respectivo vencimento."
Art. 31. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] O art. 27, inciso II, está alterado conforme art. 1º da RN nº 168/2008.
[2] O art. 28, inciso II, está alterado conforme art. 1º da RN nº 168/2008.
[3] O inciso III do art. 28 foi revogado, conforme art. 14 da RN nº 356/2014.
[4] O art. 29, inciso II, está alterado conforme art. 1º da RN nº 168/2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 16, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002[1]

Estabelece medidas normativas a serem adotadas pelas Operadoras de planos privados de assistência à saúde, relativas aos materiais publicitários de caráter institucional.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 2º, incisos V, VII e XXXVIII, e o art. 60, inciso II, alínea "a", do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, nos termos do art. 4º, incisos V, VII e XXXVII e do art. 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 22 de outubro de 2002, adotou a seguinte Resolução Normativa e, eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Os materiais publicitários de caráter institucional, tais como, malas diretas, folhetos, boletos, livretos, anúncios impressos, pôsteres e cartazes, deverão conter as informações referentes ao número do registro provisório da operadora junto à ANS, conforme modelo constante do Anexo I.

Parágrafo único. Os materiais confeccionados, sob a forma de painéis publicitários internos ou externos, também deverão conter as informações referentes ao número do registro provisório da operadora junto à ANS, conforme modelo constante do Anexo II.

Art. 2º No caso das operadoras que possuam página na *internet*, esta deverá conter um *link* de acesso à página da ANS.

Art. 3º As operadoras deverão adotar as medidas normativas estabelecidas nesta Resolução no prazo de noventa dias, contados da data de sua publicação.

Parágrafo único. Por solicitação das operadoras à ANS, o prazo estabelecido no *caput* deste artigo poderá ser prorrogado, ou ainda, ser autorizada a adaptação de materiais publicitários já existentes.

Art. 4º A inobservância das disposições contidas nesta Resolução ensejará a aplicação das penalidades previstas na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

Art. 5º O Diretor-Presidente editará os atos que julgar necessários ao cumprimento desta Resolução Normativa.

Art. 6º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 06/11/2002, seção 1, p. 55.

ANEXOS

Anexo I: Materiais de caráter institucional deverão ter em letras de cor branca sobre um retângulo preto, com um filete branco interno, como moldura, no padrão ***Verdana bold***, de modo a assegurar sua visibilidade, observando o enunciado e as dimensões abaixo: *ANS – nº xxxxxxxx*

0 a 47 cm^2	Corpo 8
48 a 205 cm^2	Corpo 10
206 a 624 cm^2	Corpo 12
625 a 1248 cm^2	Corpo 18
1249 a 2495 cm^2	Corpo 40
2496 a 4996 cm^2	Corpo 48
4997 a 10000 cm^2	Corpo 72

Anexo II: Materiais de caráter institucional em letras de cor branca sobre um retângulo preto, com um filete branco interno, como moldura, no padrão ***Verdana bold***, de modo a assegurar sua visibilidade, observando as dimensões abaixo: *ANS – nº xxxxxxxx*

10 a 15 m^2	Corpo 100
16 a 20 m^2	Corpo 200
21 a 30 m^2	Corpo 300

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 19, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002[1]

Dispõe sobre a Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10 e em conformidade com o disposto no inciso XVIII, do art. 4º, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e considerando que a definição de mecanismos para correção de situações de desequilíbrio das carteiras mantidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde representa um instrumento da mais alta importância para uma efetiva regulação do setor de assistência suplementar à saúde, em reunião realizada em 22 de outubro de 2002, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde mantidos pelas operadoras definidas no art. 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que tenham sido contratados até 1º de janeiro de 1999, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Esta resolução aplica-se aos planos individuais ou familiares e àqueles operados por entidades de autogestão cujo financiamento se dê exclusivamente por recursos de seus beneficiários.[2]

Art. 2º Define-se por Revisão Técnica a correção de desequilíbrios constatados nos planos privados de assistência a saúde a que se refere o art. 1º, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.

Parágrafo único. O reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias deverá considerar os níveis de custo de assistência à saúde observados no contexto nacional, bem como estímulos à eficiência na prestação de serviços.

Art. 3º Para solicitação de Revisão Técnica a operadora deverá, na forma a ser definida por Instrução Normativa:

I - quando o objeto da solicitação se referir à totalidade da carteira dos planos de que trata o art. 1º, comprovar o desequilíbrio entre os compromissos correntes e futuros, vinculados aos serviços de assistência à saúde,e os pagamentos das contraprestações pecuniárias da totalidade da carteira de planos;

II - quando o objeto da solicitação se referir à parte da carteira dos planos de que trata o art. 1º, comprovar o desequilíbrio entre os compromissos correntes e futuros, vinculados aos serviços de assistência à saúde, e os pagamentos das contraprestações pecuniárias dos planos que forem objeto da solicitação, demonstrando seu impacto no equilíbrio da totalidade daquela carteira de planos.

§1º Serão corrigidos, exclusivamente, os desequilíbrios decorrentes de variação de custos assistenciais ou da freqüência de utilização.

§2º Nos casos em que o exame da proposta revele a concorrência de fatores de desequilíbrio de natureza gerencial, a Revisão Técnica estará condicionada à prévia assinatura de Termo de Compromisso para implantação do Programa de Reestruturação Gerencial de que trata o art. 7º desta Resolução.

Art. 4º Autorizada a Revisão Técnica, a operadora deverá oferecer aos consumidores vinculados aos planos revistos, no mínimo, duas opções de Termo Aditivo, contendo ajustes compensatórios à recomposição da contraprestação pecuniária.

§1º Os Termos Aditivos deverão ser previamente aprovados pela ANS e atender aos seguintes requisitos:

I - manutenção da abrangência de cobertura assistencial prevista no contrato;

II - manutenção do valor da contraprestação pecuniária em pelo menos uma das opções; e

III - explicitação, de maneira clara e precisa, de todas as alterações pretendidas.

§2º Para os consumidores que manifestarem sua opção por uma das alternativas de Termo Aditivo, no prazo de trinta dias a contar de seu oferecimento, não será aplicado o percentual de Revisão Técnica aprovado.

§3º Os procedimentos adotados para oferecimento de opções do Termo Aditivo de que trata o *caput*, assim como a manifestação do consumidor e assinatura do mencionado instrumento, deverão ser previamente aprovados pela ANS.

---

[1] Publicada no DOU em 12/12/2002 , seção 1, p. 239.

[2] O parágrafo único do art. 1º está alterado, conforme art. 8º da RN nº 148/2007.

Art. 5º No curso da análise da proposta de Revisão Técnica, além dos demonstrativos a serem definidos por Instrução Normativa, a ANS poderá exigir o envio de quaisquer informações relacionadas com a operação de planos que julgar necessárias, podendo ser determinado o arquivamento do processo por desinteresse do solicitante, no caso de atraso injustificado no fornecimento das informações.

Art. 6º A ANS exigirá a implementação de Plano de Recuperação, na forma da legislação em vigor, quando, no curso da análise, for identificado comprometimento das condições de liquidez e solvência da operadora.

Art. 7º A ANS determinará, nas situações de desequilíbrio em que for identificada deficiência nos métodos gerenciais, associadas ou não a desequilíbrio em outras carteiras que não sejam objeto desta Resolução, a implantação de um Programa de Reestruturação Gerencial, com assinatura de Termo de Compromisso, que irá prever:

I - as ações a serem implementadas e as metas qualitativas e quantitativas a serem atingidas;

II - os prazos para cumprimento das metas estabelecidas;

III - a obrigação, por parte da operadora, de apresentar relatórios periódicos sobre sua gestão, desempenho econômico-financeiro, rede de serviços, mecanismos de regulação e outros dados e indicadores que forem definidos pela ANS e permitam a aferição dos resultados obtidos com o programa; e

IV - as conseqüências para os casos de descumprimento injustificado do programa.

Parágrafo único. O Programa poderá incluir a recomendação de renegociação de contratos da carteira de planos coletivos para correção de eventual desequilíbrio observado no curso da análise das informações.

Art. 8º As operadoras deverão manter a documentação que subsidiou o processo de Revisão Técnica disponível para verificação pela ANS, pelo prazo de cinco anos.

Art. 9º Constatada irregularidade grave por omissão ou falsidade nas informações que serviram de base para a Revisão Técnica, ficará sujeita a operadora à penalidade prevista no inciso VII do art. 7º, e seus responsáveis à penalidade prevista no inciso II do art. 11, ambos da Resolução - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000, independente do encaminhamento ao Ministério Público.

Parágrafo único. Ocorrendo a hipótese prevista neste artigo, serão refeitos os cálculos que serviram de base para as revisões autorizadas e apurados eventuais prejuízos aos consumidores, objetivando estorno de valores.

Art. 10. A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO editará os atos que julgar necessários ao cumprimento desta Resolução Normativa.

Art. 11. Fica revogada a Resolução - RDC nº 27, de 26 de junho de 2000.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 21, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002[1]

Dispõe sobre a proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde e altera a Resolução - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10 e nos termos do disposto nos incisos XXVII e XXXI, do art. 4º, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, de acordo com as disposições constantes nos arts. 11 e 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como no inciso III, do art. 45 e no inciso II, alínea "a", do art. 60 do Regimento Interno aprovado pela Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, e considerando a necessidade de garantir a privacidade das informações médicas relativas ao histórico assistencial dos pacientes vinculados aos planos privados de assistência à saúde, no sentido de evitar que estes sofram qualquer tipo de discriminação ou constrangimento em razão de seu estado de saúde, em reunião realizada em 3 de dezembro de 2002, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação.

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter protegidas as informações assistenciais fornecidas pelos seus consumidores ou por sua rede de prestadores, observado o disposto na Resolução - RDC nº 64, de 10 de abril de 2001, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros, salvo em casos expressamente previstos na legislação.[2]
Art. 2º Revogado.[3]
Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 13/12/2002, seção 1, p. 193.
[2] Vide também os arts 72 e 73 da RN nº 124/2006.
[3] O art. 2° foi revogado pelo art. 91 da RN nº 124/2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 40, DE 6 DE JUNHO DE 2003[1]

Veda às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a comercialização de produtos de assistência à saúde não previstos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, no uso das atribuições definidas no inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, conforme o disposto na alínea 'a' do inciso II do art. 60 do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, em reunião realizada em 4 de junho de 2003; considerando os resultados obtidos em decorrência da Resolução Normativa - RN Nº 25, de 28 de janeiro de 2002;considerando a necessidade de zelar pela qualidade da ofertados produtos definidos no art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que têm como característica fundamental a garantia de cobertura financeira de despesas com assistência à saúde; considerando que, nos termos do art. 34 da Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde devem operar exclusivamente os produtos previstos no inciso I e §1º do art. 1º daquela Lei; considerando ainda que o acesso à assistência à saúde por meio de contratos ou filiação a sistemas de intermediação que não ofereçam garantia de cobertura financeira para custeio da assistência é desaconselhado em virtude da imprevisibilidade do vulto das despesas a que o consumidor estará sujeito quando necessitar atendimento médico, adotou a seguinte resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9656, de 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista. [2]

Art. 2º O art. 9º da RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000,passa a vigorar com a seguinte redação, revogando-se os incisos I e II:

"Art. 9º As Administradoras de planos, definidas no art. 11 desta Resolução, são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde e que, portanto, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, a qual financia tais planos".(NR)

Art. 3º O art. 11 da RDC nº 39, de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 11 Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pela contratante, e que não assumem, portanto, o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos".(NR)

Art. 4º As empresas com registro provisório classificadas na modalidade de administradoras de serviços terão o prazo de sessenta dias para solicitar à ANS a adequação de sua classificação, observando os dispositivos da RDC nº 39, de 2000.

Parágrafo único. As empresas referidas no *caput* deste artigo que não promoverem tal adequação no prazo estipulado, terão seus registros provisórios de funcionamento cancelados.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Resolução constitui infração prevista no art. 7º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

[1] Publicada no DOU em 09/06/2003, seção 1, p. 28 e republicada no DOU em 20/06/2003, seção 1, p. 34.

[2] O § único do art 1º está alterado conforme art. 1º da RN nº 62/2003.

Parágrafo único. Todos os contratos de produtos de assistência à saúde comercializados pelas operadoras de planos de assistência à saúde e seguradoras especializadas em saúde, após a vigência desta resolução, que não apresentem as características definidas no inciso I e §1º da Lei nº 9656, de 1998, serão considerados nulos.

Art. 6º Revogado.[1]

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] O art. 6º foi revogado pela RN nº 124/2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 44, DE 24 DE JULHO DE 2003[1]

Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando as contribuições da Consulta Pública nº 11, de 12 de junho de 2003, em reunião realizada em 23 de julho de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Fica vedada, em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.
Art. 2º Caso qualquer órgão da ANS receba denúncia ou, por qualquer outro modo, tome ciência da existência de indícios da prática referida no artigo 1º, deve imediatamente remeter cópia de tais documentos e quaisquer outros elementos que comprovem ou auxiliem na comprovação da prática de conduta indevida à respectiva Diretoria Adjunta para análise acerca da pertinência de seu envio à Procuradoria Federal junto à ANS - PROGE, que então a remeterá ao Ministério Público do estado em que se deu o fato relatado.[2]
§1º Revogado.[3]
§2º Revogado.
Art. 3º Revogado.
Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 28/07/2003, seção 1, p. 20.
[2] O art. 2º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 382/2015.
[3] Os §§ 1º, 2º do art. 2º e o art. 3º foram revogados, conforme art. 4º da RN nº 382/2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 46, DE 4 DE SETEMBRO DE 2003[1]

Dispõe sobre a consolidação dos créditos decorrentes das multas administrativas pecuniárias aplicadas pela ANS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 10, incisos I e II da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 28 de agosto de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Os créditos decorrentes de multas administrativas pecuniárias aplicadas por esta Agência, vencidos e não pagos, devem ser cobrados, administrativa ou judicialmente, com seus valores consolidados.

Parágrafo único. Entende-se por consolidação de créditos, o conjunto de operações que alterem seu valor em virtude de atualização monetária e acréscimos legais devidos.

Art. 2º Na consolidação dos créditos decorrentes de penalidades aplicadas pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, será observada a legislação federal aplicável, em especial o art. 30 da Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002 e os arts. 389 e 406 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, bem como serão acrescidos os encargos previstos no art. 1º do Decreto-Lei nº 1.025, de 21 de outubro de 1969.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 08/09/2003, seção 1, p. 32.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 48, DE 19 DE SETEMBRO DE 2003[1]

Dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, tendo em vista o disposto no art. 29 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 28 de agosto de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I
Do Objeto

Art. 1º A presente Resolução Normativa tem por objeto estabelecer normas para instauração do processo administrativo que vise a apuração de infração aos dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar e aplicação de sanções administrativas.
Parágrafo único. Considera-se processo administrativo para apuração de infração a dispositivos legais ou infralegais disciplinadores do mercado de saúde suplementar e aplicação de sanção administrativa, aquele que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares.

Seção II
Dos Atos e Termos Processuais

Art. 2º Os atos e termos processuais previstos nesta Resolução conterão somente o indispensável à sua finalidade, sem espaços em branco, entrelinhas, rasuras e emendas não ressalvadas.
§1º Os prazos serão contínuos, excluindo-se da contagem o dia do início e incluindo-se o do vencimento, iniciando-se e vencendo-se somente em dia de expediente na localidade em que tramita o processo ou em que deva ser praticado o ato aprazado.
§2º Na prática dos atos processuais será observado o princípio da celeridade e da economia processual, não se permitindo exigências que não sejam estritamente necessárias à elucidação da matéria.
§3º O processo deverá ter suas páginas numeradas seqüencialmente e rubricadas.

CAPÍTULO II
DO PROCESSO ADMINISTRATIVO

Seção I
Do Início do Processo

Art. 3º 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;
II - Representação; ou
III - Denúncia

Seção II
Do Auto de Infração

Art. 4º Constatada a infração de disposição legal ou infralegal disciplinadora do mercado de saúde suplementar será lavrado o auto de infração, em formulário próprio, sem emendas ou rasuras, com numeração seqüencial, em duas vias, destinando-se a segunda via ao autuado.

[1] Publicada no DOU em 23/09/2003, seção 1, p. 19 a 21.

Art. 5º A lavratura do auto de infração incumbe, privativamente, aos agentes responsáveis pelas atividades de fiscalização.
Art. 6º O auto de infração conterá os seguintes elementos:
I - numeração seqüencial do auto;
II - nome, endereço e qualificação do autuado;
III - local, data e a hora da lavratura;
IV - descrição circunstanciada do fato ou do ato constitutivo da infração, incluindo o período da ocorrência;
V - indicação da disposição legal ou infralegal infringida e a sanção aplicável;
VI - prazo e local para apresentação de defesa;
VII - assinatura do autuado, seu representante legal ou preposto;
VIII - identificação do autuante, com nome, cargo ou função, número de matrícula e assinatura, ressalvada a hipótese de emissão por processo eletrônico; e
IX - determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa cominatória.
§1º As incorreções ou omissões do auto de infração não acarretarão sua nulidade, quando dele constarem elementos suficientes para identificar a infração e o dispositivo legal ou infralegal infringido e possibilitar a defesa do autuado.
§2º O auto de infração não terá sua eficácia condicionada à assinatura do autuado ou de testemunhas.
§3º Na hipótese do autuado ausentar-se do local ou na recusa de assinatura do auto de infração, o autuante certificará no próprio auto a ocorrência, ficando a operadora intimada na forma do inciso II do art. 15 desta Resolução.
§4º O autuante ficará responsável pelas declarações consignadas no auto de infração, sendo passível de punição, por falta grave, em casos de falsidade ou omissão dolosa, na forma da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
Art. 7º Havendo apreensão de documentos no exercício da atividade de fiscalização, o agente deverá lavrar no próprio local da ocorrência auto de apreensão, sem emendas ou rasuras, em duas vias, destinando-se a segunda via ao autuado, contendo os seguintes elementos, além dos previstos nos incisos I, II, VI e VII do art. 6º desta Resolução:
I - as razões e o fundamento da apreensão;
II - a quantidade e a descrição dos documentos apreendidos, de modo que possam ser identificados;
III - a identificação do local onde ficarão depositados os documentos; e
IV - o recibo e a assinatura do autuante, com a indicação do cargo ou função e o número de matrícula.
Parágrafo único. Na hipótese do autuado não ser localizado ou na recusa de assinatura do auto de apreensão, o autuante certificará a ocorrência, presumindo-se correto o que dele constar.

Seção III
Da Representação Pelo Não Envio ou Pelo Envio Irregular à ANS das Informações ou dos Documentos Obrigatórios [1]

Art. 8º Constatada a ocorrência de indícios suficientes de infração às disposições legais ou infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar relativos ao não envio ou ao envio irregular à ANS das informações ou dos documentos obrigatórios, devidos ou solicitados, o órgão técnico competente poderá, conforme seu juízo de conveniência e oportunidade, notificar a operadora para, no prazo de 10 dias, promover o cumprimento útil da obrigação, na forma do art. 11, caput, e §1° desta Resolução, a fim de reconhecida a reparação voluntária e eficaz da conduta, na forma do § 6°, art. 11 desta Resolução. [2]
§1º Na hipótese do órgão técnico competente considerar não haver conveniência e oportunidade para envio da notificação prevista no caput deste artigo, ou, no caso de ter enviado a notificação, não houver o cumprimento útil da obrigação, será lavrada representação, observando-se o disposto no art. 6° desta Resolução, no que couber.
§2º A representação poderá reunir mais de um tipo ou modalidade de documento ou de informação obrigatória, e ainda abarcará todos os períodos não informados de determinado ano.

[1] O título da Seção III está alterado conforme RN nº 369/2015.
[2] O *caput* do art. 8º e §§1º, 2º e 4º estão alterados conforme art. 2º da RN nº 369/2015.

§3º Lavrada a representação, a área técnica responsável intimará a operadora para apresentar defesa, em conformidade com os arts. 17 a 19 desta Resolução.
§4º Apresentada a defesa ou encerrado o prazo para tanto sem que a operadora a tenha feito, o órgão técnico julgará o processo, decidindo motivadamente pelo arquivamento da representação ou pela confirmação da irregularidade, conforme o caso.
§5º Revogado.[1]
§6º Revogado.
§7º Revogado.
Art. 8º-A Constatada a ocorrência de indícios de outras infrações às disposições legais ou infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, não previstas no artigo 8º desta RN, as áreas técnicas da ANS deverão comunicar tais fatos à Diretoria de Fiscalização, para as providências cabíveis.[2]

Seção IV
Da Denúncia

Art. 9º A reclamação, a solicitação de providências ou petições assemelhadas que por qualquer meio derem entrada na ANS e que contiverem indícios de violação da lei ou de ato infralegal por parte das operadoras, poderão ser caracterizadas como denúncia após avaliação dos órgãos competentes da DIFIS, na forma prevista no Regimento Interno da ANS.[3]
Parágrafo único. A denúncia de violação da lei ou de ato infralegal por parte das operadoras, apresentada por terceiros perante qualquer das Diretorias da ANS, será encaminhada diretamente à DIFIS para as providências cabíveis.
Art. 10. Aceita a denúncia, a abertura e instrução do respectivo processo administrativo será realizada pelos órgãos competentes da DIFIS, na forma prevista no Regimento Interno da ANS, cabendo, para tanto, a requisição de informações às operadoras, ou a deflagração de ação fiscalizatória para apuração dos fatos nela contidos.[4]
Art. 11. As demandas serão investigadas preliminarmente na instância local, devendo ser arquivadas nessa mesma instância na hipótese de não ser constatada irregularidade, ou sendo constatada, se houver reparação voluntária e eficaz de todos os prejuízos ou danos eventualmente causados.[5]
§1º Considera-se reparação voluntária e eficaz a ação comprovadamente realizada pela operadora que resulte no cumprimento útil da obrigação.[6]
§2º O arquivamento de que trata este artigo deverá ser precedido de comunicação aos interessados, anexando-se cópia ao processo.
§3º Revogado.[7]
§4º O reconhecimento de reparação voluntária e eficaz, em demandas assistenciais e não assistenciais, somente poderá ocorrer no âmbito da NIP.
§5º A reparação voluntária e eficaz, no âmbito da NIP, somente poderá ser reconhecida se ocorrer nos seguintes prazos:
I - em até 5 (cinco) dias úteis após a notificação no caso da NIP assistencial;
II - em até 10 (dez) dias úteis após a notificação na NIP não assistencial.
§6º A reparação voluntária e eficaz, no âmbito da representação, somente poderá ser reconhecida se ocorrer em data anterior à lavratura da representação.
§7º Nos casos de cobrança de valores indevidos ao consumidor, por parte das operadoras privadas de assistência à saúde, somente será reconhecida a reparação voluntária e eficaz de que trata o § 1º deste artigo, caso haja a devolução em dobro das quantias cobradas indevidamente, acrescida de correção monetária e juros legais.[8]
Art. 12. Quando na investigação preliminar da denúncia for constatada violação da lei ou de norma infralegal por parte das operadoras, será lavrado o competente auto de infração.

[1] Os §§ 5º, 6º e 7º do art. 8º foram revogados, conforme art. 5º da RN nº 369/2015.
[2] O art. 8º-A foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 301/2012.
[3] O art. 9º foi alterado conforme art. 2º da RN nº 369/2015.
[4] O art. 10 foi alterado conforme art. 2º da RN nº 369/2015.
[5] O art. 11, *caput*, está alterado conforme RN n° 142/2006.
[6] Os §§1º, 4º, 5º e 6º do art. 11 estão alterados conforme art. 20 da RN nº 343/2013.
[7] O §3º do art. 11 está revogado conforme RN nº 142/2006.
[8] O §7º do art. 11 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 357/2014.

CAPÍTULO III
DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS

Art. 13. O órgão competente perante o qual tramita o processo administrativo determinará a intimação da operadora para ciência da lavratura do auto de infração, da decisão ou para a realização de diligências.

Art. 14. A intimação deverá conter:

I - identificação do intimado e nome do órgão administrativo;

II - conteúdo do ato ou exigência a que se refere;

III - prazo para defesa ou recurso, se for o caso;

IV - data, hora e local em que deve comparecer, se for o caso;

V - advertência quanto à indicação das provas a serem produzidas, se for o caso;

VI - a sanção aplicável ou obrigação a cumprir; e

VII - determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa cominatória.

Parágrafo único. A intimação para apresentação de defesa será acompanhada do auto de infração.

Art. 15. A intimação realizar-se-á:

I - por via postal, remetida para o endereço de correspondência constante nos cadastros da ANS, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, e devidamente assinado;[1]

II - pessoalmente, pelo servidor a quem for conferida tal atribuição, comprovando-se pelo ciente do intimado, seu representante ou preposto ou, no caso de sua ausência ou de recusa de aposição de assinatura, pela declaração expressa de quem proceder à intimação;

III - pela ciência aposta pelo intimado, seu representante ou preposto, em razão do comparecimento espontâneo no local onde tramita o processo;

IV - por meio eletrônico com certificação digital, de acordo com regulamentação a ser editada pela ANS; ou

V - por qualquer outro meio que assegure a certeza da ciência da operadora, do seu representante ou preposto.

§1º Os meios de intimação previstos nos incisos do *caput* deste artigo não estão sujeitos à ordem de preferência. [2]

§2º 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.

§3º Presumem-se válidas as comunicações dirigidas ao endereço de correspondência, cumprindo a operadora atualizar o respectivo endereço sempre que houver modificação temporária ou definitiva. [2]

§4º Não tendo êxito a intimação no endereço de correspondência, serão promovidas novas intimações, nesta ordem:

I - no endereço da sede da operadora, caso seja diferente do endereço de correspondência;

II - no endereço do advogado regularmente constituído nos autos por procuração, quando houver.

§5º Após o cancelamento do registro de operadora ou da autorização de funcionamento, caso a pessoa jurídica não mantenha atualizado seu endereço de correspondência para fins de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via, e sendo frustrados os meios de intimação previstos no parágrafo anterior, será feita publicação dos atos dos processos administrativos sancionadores em curso no Diário Oficial da União, para ciência e defesa dos interessados.

§6º A intimação poderá ser feita por edital, a ser publicado uma única vez no Diário Oficial da União, quando restarem frustrados os meios de intimação previstos neste artigo ou quando registrado no cadastro da ANS a invalidade do endereço, ou, ainda, no caso de interessados indeterminados, desconhecidos ou com domicílio indefinido.

§7º Do Edital deverá constar:

I - o nome, endereço e a qualificação do intimado;

II - número do processo administrativo;

III - a descrição circunstanciada dos fato;

IV - a disposição legal ou infralegal infringida;

---

[1] Os incisos I, IV e V do art. 15 estão alterados conforme art. 2º da RN nº 301/2012.

[2] Os §§1º a 7º foram incluídos conforme art. 3º da RN nº 301/2012.

V - a sanção aplicável ou obrigação a cumprir;
VI - advertência quanto ao prazo e local para apresentação de defesa ou recurso, se for o caso;
VII - advertência quanto à indicação das provas a serem produzidas, se for o caso; e
VIII - determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa cominatória.

Art. 16. Considera-se efetuada a intimação:
I - se por via postal, na data do seu recebimento, devidamente aposta no Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, ou, se esta for omitida, quinze dias após a data da entrega da intimação ao serviço postal;
II - se pessoalmente, na data da ciência do intimado, seu representante ou preposto, ou, no caso de recusa de ciência, na data declarada pelo servidor que efetuar a intimação;
III - se a parte comparecer para tomar ciência do processo ou justificar sua omissão, a partir desse momento; e
IV - se por edital, na data de sua publicação.

CAPÍTULO IV
DA DEFESA DA OPERADORA

Art. 17. Lavrado o auto de infração, a operadora será devidamente intimada, na forma do disposto nos incisos I a V do art. 15, desta Resolução.

Art. 18. Recebida a intimação, a operadora terá o prazo de dez dias para apresentar defesa, acompanhada dos documentos que a fundamentam.

Parágrafo único. Quando a defesa for encaminhada pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.

Art. 19. A defesa da operadora poderá ser feita pessoalmente ou por advogado habilitado, hipótese em que será obrigatória a apresentação do correspondente instrumento de mandato.

Parágrafo único. A parte interessada acompanhará o procedimento administrativo, podendo ter vista dos autos, na repartição, bem como deles extrair cópias, mediante o pagamento da despesa correspondente.

CAPÍTULO V
DA INSTRUÇÃO E JULGAMENTO

Art. 20. Na fase de instrução do processo as partes poderão juntar documentos, pareceres, bem como requerer diligências e informações, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão.

Art. 21. Quando for necessária a prestação de informações ou a apresentação de outras provas pelas operadoras ou terceiros, serão procedidas as respectivas intimações, estabelecendo-se o prazo para atendimento.

Parágrafo único. No caso de haver juntada de novos documentos fica assegurado o direito à operadora de manifestação no prazo de dez dias.

Art. 22. Concluída a instrução do processo, o Diretor da DIFIS, terá o prazo de até trinta dias para proferir decisão devidamente fundamentada, salvo prorrogação por igual período expressamente motivada.

Parágrafo único. A atribuição prevista neste artigo poderá ser delegada pelo Diretor da DIFIS à autoridade administrativa a ele subordinada.[1]

Art. 23. A DIFIS observará a jurisprudência e as decisões reiteradas da Diretoria Colegiada, nas causas similares e que tenham como objeto o mesmo fundamento jurídico ou fático.

Art. 24. A decisão que reconhecer a infração de dispositivo legal ou infralegal disciplinador do mercado de saúde suplementar fixará o valor da multa cominatória aplicada na forma do inciso IX do art. 6º desta Resolução.

Art. 25. Exarada a decisão, a DIFIS expedirá intimação para ciência da operadora, nos termos previstos no Capitulo III desta Resolução, concedendo o prazo de dez dias para interpor recurso, e, em caso de aplicação de penalidade pecuniária, o prazo de trinta dias para efetuar o pagamento da multa fixada, ou apresentar pedido de parcelamento.

§1º Decorridos os prazos estabelecidos neste artigo, sem a comprovação do recolhimento do valor da multa ou apresentação de recurso, o processo será encaminhado à Gerência Financeira - GEFIN para notificar o devedor, dando-lhe conhecimento da existência do débito passível de inclusão no Cadastro

[1] O art. 22 passa a vigorar acrescido de parágrafo único conforme RN nº 155/2007.

Informativo dos créditos não quitados do setor público federal - Cadin, e posterior encaminhamento à Procuradoria para inscrição na dívida ativa da ANS e cobrança judicial na forma da lei.
§2º A decisão proferida pela DIFIS será publicada uma única vez no órgão de imprensa oficial, em extrato, de acordo com o modelo constante do Anexo desta Resolução.
Art. 25-A. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 18, 33 e 89, o pagamento da multa fixada poderá ser recolhido antes da interposição do recurso administrativo, por oitenta por cento do seu valor.[1]

CAPITULO VI
DO RECURSO E DA REVISÃO

Art. 26. Da decisão proferida em primeira instância caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS como instância administrativa máxima.[2]
§1º Revogado.[3]
§2º O recurso poderá ser protocolado na sede da ANS ou nos Núcleos da ANS, e deverá ser dirigido ao órgão que proferiu a decisão de primeira instância.
§3º Na hipótese de recurso encaminhado pelo correio, a tempestividade do mesmo será aferida pela data da postagem.
§4º Os recursos terão efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco a saúde dos consumidores.
Art. 27. Recebido o recurso, o órgão que proferiu a decisão de primeira instância se manifestará, preliminarmente, acerca da sua admissibilidade ou não, podendo reconsiderar sua decisão, no prazo de cinco dias, em despacho fundamentado, remetendo, em seguida, o processo à Diretoria Colegiada para conhecimento e posterior arquivamento.[4]
§1º O arquivamento de que trata este artigo deverá ser precedido de comunicação ao interessado, anexando-se cópia ao processo.
§2º O recurso não será admitido quando interposto:
I - fora do prazo;
II - perante órgão incompetente;
III - por quem não seja legitimado; e
IV - depois de exaurida a esfera administrativa.
§3º Na hipótese do inciso II, será indicada ao recorrente a autoridade competente, e o prazo para recurso lhe será devolvido.
§4º O não conhecimento do recurso não impede a ANS de rever de ofício, a qualquer tempo, o ato ilegal.
§5º Quando a decisão for mantida ou reconsiderada parcialmente, o órgão que proferiu a decisão de primeira instância encaminhará, no prazo de cinco dias, o processo à Secretaria Geral para posterior julgamento pela Diretoria Colegiada, no prazo máximo de trinta dias, a contar do recebimento dos autos pelo Órgão Colegiado, podendo ser prorrogado por igual período, mediante justificativa explícita.
§6º O processo poderá ser remetido à Procuradoria Federal junto à ANS para análise e manifestação, por solicitação do relator do recurso, quando apresentar controvérsia jurídica relevante ou complexa, devidamente justificada nos autos, hipótese em que o prazo previsto no parágrafo anterior será interrompido.
§7º Quando outro Diretor que não o relator do recurso suscitar controvérsia jurídica relevante ou complexa devidamente justificada deverá enviar a solicitação de encaminhamento do processo à Procuradoria Federal junto à ANS ao relator, que irá apreciá-la, motivando sua decisão.
§8º Após o pronunciamento da Procuradoria, quando for caso de sua intervenção, o processo será encaminhado à Secretaria Geral para posterior julgamento pela Diretoria Colegiada, no prazo máximo de trinta dias, a contar do recebimento dos autos pelo Órgão Colegiado, podendo ser prorrogado por igual período, mediante justificativa explícita.
§9º No caso de provimento parcial ou de improvimento do recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no órgão de imprensa oficial e o processo encaminhado à Gerência Financeira - GEFIN para intimar a operadora a efetuar o pagamento do valor atualizado da multa, no

[1] O art. 25 passa a vigorar acrescido do art. 25-A conforme art. 90 da RN nº 124/2006.
[2] O art. 26 e seu § 2º foram alterados conforme art. 2º da RN nº 369/2015.
[3] O §1º do art. 26 foi revogado, conforme art. 1º da RN nº 284/2011.
[4] O art. 27, caput e seu § 5º, foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 369/2015.

prazo de trinta dias, sob pena de inscrição do débito na dívida ativa da ANS e inscrição do devedor no Cadin. [1]

§10. 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.

Art. 28. 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.[2]

§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 uma única instância administrativa pela autoridade competente.[3]

§3º Da revisão do processo não poderá resultar agravamento da sanção anteriormente imposta.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29. O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso pela ANS, se a operadora assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a Diretoria Colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, nos termos estabelecidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 30. Esta Resolução Normativa aplica-se a todos os processos em curso, sem prejuízo dos atos já praticados.

Art. 31. Aplicam-se subsidiariamente ao processo administrativo de que trata a presente Resolução às disposições da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 32. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

ANEXO
DECISÕES DA DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO – DIFIS

Ficam as operadoras abaixo relacionadas cientificadas de que terão o prazo de 10 (dez) dias para apresentação de recurso ou de 30 (trinta) dias para pagamento da multa aplicada, caso não venham a recorrer da decisão que as apenou, bem como de que o prazo será contado a partir da data de intimação das operadoras, na forma do disposto nos artigos 15 e 16 da Resolução - RN nº , de /09/03.

Número do Processo na ANS	Nome da Operadora	Número do Registro Provisório na ANS	Número do CNPJ	Tipo de Infração (artigos infringidos pela Operadora)	Valor da Multa (R$)

[1] Os §§9º e 10 do art. 27 foram incluídos conforme RN n° 142/2006.

[2] O art. 28 está alterado, conforme RN nº 142/2006.

[3] O § 2º do art. 28 foi alterado conforme art. 2º da RN nº 369/2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 56, DE 03 DE DEZEMBRO DE 2003[1]

Cria o Sistema de Cadastro de Planos Privados de Assistência à Saúde comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência definida nos incisos XXIV, XXVI e XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e de acordo com o disposto no art. 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 05 de novembro de 2003 e, considerando a necessidade de criação de um cadastro dos planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com vistas a fiscalizar a atuação das operadoras com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos previstos nos instrumentos contratuais em vigor, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º Fica criado o Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 1998, na forma dos anexos I a III desta Resolução, para registro de informações relativas às condições gerais de operação estabelecidas nos contratos de planos de assistência à saúde firmados até 01 de janeiro de 1999, ainda não adaptados.[2]

Art. 2º As informações de que tratam os itens 4 e 5 do Anexo II desta Resolução correspondem à abrangência da assistência contratada, e exigem a transcrição das cláusulas contratuais em vigor relativas as coberturas, exclusões ou limitações de cobertura assistencial, conforme descrito no instrumento original de contrato, acrescido das ampliações previstas nos aditivos celebrados.

Art. 3º As informações de que trata o item 6 do Anexo II desta Resolução, correspondem à indicação pormenorizada dos serviços assistenciais efetivamente excluídos da cobertura assistencial disponibilizada aos usuários vinculados ao plano cadastrado, e devem ser prestadas considerando, além das cláusulas contratuais transcritas, outras práticas assistenciais atualmente incorporadas ao plano.

Art. 4º Deverão ser mantidos disponíveis para verificação pela ANS, até extinção de todas as obrigações decorrentes dos contratos em vigor, os instrumentos contratuais e a documentação relativa à assistência efetivamente prestada que comprovem a veracidade das informações prestadas.

Art. 5º O número ou código do plano de que trata o item 2 dos Anexos I e II desta Resolução, deverá passar a constar dos boletos de cobrança a partir do segundo mês subseqüente ao do cadastramento.

Art. 6º As informações de que trata esta Resolução e a Resolução Normativa - RN nº 95, de 23 de março de 2005, deverão ser enviadas até 30 de setembro de 2005 pela Internet , em formato definido na Instrução Normativa nº 16 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, de 23 de março de 2005.[3]

Art. 7º A inobservância do disposto nesta Resolução sujeitará o infrator às penalidades previstas na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

Parágrafo único. Os anexos de que trata esta Resolução Normativa estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico http://www.ans.gov.br.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 04/12/2003, seção 1, p. 58.

[2] Os Anexos desta resolução estão disponíveis para consulta no site da ANS (www.ans.gov.br).

[3] O art. 6º está alterado conforme art. 1º da RN nº 107/2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 63, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003[1]

Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 60, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto no art. 15, da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998 e no §3º, do art. 15, da Lei nº 10.741, publicada no DOU de 3 de outubro de 2003, em reunião realizada em 11 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.
Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:
I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
VIII- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos;
IX - 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos;
X - 59 (cinqüenta e nove) anos ou mais.
Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:
I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.[2]
Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.
§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.
§2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na Internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.
Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 23/12/2003, seção 1, p. 71.
[2] O inciso III do art. 3º foi acrescido, conforme art. 28 da RN nº 254/2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 72, DE 24 DE MARÇO DE 2004[1]

Dispõe sobre a instituição do Programa de Transmissão de Arquivos - PTA, entre Operadoras de planos privados de assistência à saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para transmissão dos arquivos de dados de todos os sistemas que não possuírem mecanismo de envio próprio ou para os que não possuírem um sistema específico.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 4º, inciso XXXI, e art. 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e com fulcro no disposto no art. 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 09 de março de 2004, adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instituída a versão 2.0 do Programa de Transmissão de Arquivos - PTA como alternativa de envio de arquivos em meio magnético para todos os sistemas que não possuam mecanismo próprio de envio ou para os que não possuírem um sistema específico.

Parágrafo único. O Programa de Transmissão de Arquivos - PTA está disponível para download no site da ANS. (www.ans.gov.br)

Art. 2º O envio das informações deverá, obrigatoriamente, ser realizado com a versão mais recente do PTA disponível no site da ANS.

Parágrafo único. Sempre que houver alteração na versão do PTA, esta será informada previamente no site da ANS.

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 25/03/2004, seção 1, p. 84. Vide também RN nº 47/2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 75, DE 10 DE MAIO DE 2004[1]

Dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições conferidas pelo art. 35-A, parágrafo único, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e art. 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, observando o disposto no art. 35-A, inciso IV, alínea 'd' da Lei 9.656, 3 de junho de 1998, considerando a constituição das provisões técnicas como instrumento fundamental para a preservação da solvência das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, em reunião realizada em 2 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – OPS e Seguradoras Especializadas em Saúde - SES estão obrigadas a constituir provisão técnica para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações pecuniárias referentes à cobertura de assistência à saúde.

§1º A provisão de que trata o *caput* será denominada "Provisão para Remissão" e deverá ser calculada mensalmente conforme a metodologia adotada pelo atuário responsável e descrita em Nota Técnica Atuarial de Provisões - NTAP a ser encaminhada previamente para análise e aprovação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE.

§2º As OPS e SES que apresentaram Nota Técnica de Registro de Produto que contemple a metodologia de cálculo da provisão estabelecida no *caput* ficam dispensadas do encaminhamento de que trata o parágrafo anterior.

Art. 2º A provisão deverá ser constituída integralmente no mês de competência do fato gerador do benefício de remissão previsto contratualmente, devendo ser suficiente para a garantia da assistência à saúde durante todo o prazo de remissão.

Parágrafo único. Para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde que, na data da entrada em vigor desta Resolução, comercializem ou disponibilizem produtos ou mantenham contratos com cláusula de remissão e que encaminharem a NTAP até 30 de setembro de 2005, ficam concedidos os seguintes prazos para a constituição da provisão técnica: [2]

I - até 31 de dezembro de 2005, para a constituição da parcela da provisão necessária para a garantia de assistência à saúde até os 12 meses subseqüentes ao mês de cálculo da provisão, constituída mensalmente na proporção cumulativa mínima de 1/12 do valor calculado;

II - até 31 de dezembro de 2007, para a constituição do total da provisão necessária para a garantia da assistência à saúde durante todo o prazo de remissão, constituído mensalmente na proporção cumulativa mínima de 1/24 do valor calculado.

Art. 3º Revogado.[3]

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 11/05/2004, seção 1, p. 44.

[2] O parágrafo único do art. 2º está alterado conforme art. 1º da RN nº 104/2005.

[3] O art. 3º foi revogado conforme RN nº 148/2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004[1]

Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, considerando o disposto nos arts. 8º, 9º e 19 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, nos incisos XII, XVI, XX e XXII do art. 4º c/c inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no parágrafo 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, bem como, no Contrato de Gestão celebrado em 10 de abril de 2002 na forma dos seus respectivos Termos Aditivos celebrados em 22 de novembro de 2002 e 11 de dezembro de 2003, no que se refere à necessidade de estabelecer disposições relativas à concessão da autorização para o funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, em Reunião Extraordinária realizada em 7 de dezembro de 2004, resolve: [2]

Art. 1º A presente Resolução dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, assim definidas no inciso II do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e no art. 2º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.[3]

CAPÍTULO I
DA CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Art. 2º As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a Autorização de Funcionamento, deverão atender aos seguintes requisitos: [4]
I – registro da operadora; e
II – registro de produto.
III – Revogado.[5]
Parágrafo único. A autorização para funcionamento será publicada e noticiada à interessada através de ofício da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras- DIOPE, após a conclusão do registro de produto.
Art. 3º Os pedidos de registros deverão ser encaminhados pela pessoa jurídica à ANS, conforme disposto nesta Resolução e demais documentos que venham a ser definidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.
Parágrafo único. Revogado.[6]
§1º A análise dos pedidos será realizada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data do protocolo de entrega à ANS da respectiva documentação necessária.
§2º No registro de produto, quando não houver o envio da documentação de que trata o caput no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data da incorporação pela ANS do arquivo eletrônico, a solicitação eletrônica será cancelada, sem prejuízo que a operadora encaminhe novo pedido.[7]
Art. 4º Os pedidos incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos ou itens de apresentação obrigatória exigidos nesta Resolução e nas Instruções Normativas a serem editadas, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à pessoa jurídica.
Parágrafo único. Nos pedidos de registro de produto, quando não houver o reenvio da documentação de que trata o caput, devidamente corrigida, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento do

[1] Publicada no DOU em 08/12/2004, seção 1, p. 50.
[2] A RN nº 100/2005, trouxe nova redação à íntegra da RN nº 85.
[3] O art. 1º está alterado conforme art. 1º da RN nº 189/2009.
[4] O art. 2º está alterado conforme art. 2º da RN nº 189/2009, republicada por ter saído com incorreções no original.
[5] O inciso III do art. 2º está revogado conforme art. 10 da RN nº 189/2009.
[6] O § único do art. 3º foi revogado conforme art. 5º da RN nº 356/2014.
[7] Os §§ 1º e 2º do art. 3º foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 356/2014.

Ofício de devolução da documentação, comprovada pelo Aviso de Recebimento - AR, a solicitação eletrônica será cancelada, sem prejuízo que a operadora encaminhe novo pedido.[1]

Art. 5º Durante a análise do pedido de registro de operadora, a ANS concederá prazo de 30 (trinta) dias, se necessário, prorrogável por uma única vez, por igual período, para envio de esclarecimentos.[2]

Art. 6º Não cumpridos os requisitos ou constatado qualquer impedimento legal ao registro de operadora, o pedido será indeferido, não havendo impedimento à sua posterior adequação ou à apresentação de novo pedido.[3]

Parágrafo único. No registro de produtos, quando não estiverem presentes todos os requisitos para sua concessão, o pedido será indeferido, não havendo impedimento à apresentação de novo pedido.[4]

CAPÍTULO II
DO REGISTRO DA OPERADORA

Art. 7º Para o procedimento de registro, as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão atender, no que couber, as disposições contidas no Anexo I desta Resolução. [5]

Art. 8º As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão proceder à capitalização necessária, em observância aos limites de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA, conforme regulamentação normativa específica em vigor.[6]

Art. 9º O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar, em atenção ao disposto no art. 34 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista neste artigo não alcança:[7]

I - as operadoras que possuem rede própria de atendimento para satisfação das finalidades previstas no artigo 35-F da Lei nº 9.656/1998;

II - as entidades de autogestão definidas no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 21 de novembro de 2006 e suas posteriores alterações; e

III - as entidades fechadas de previdência complementar que, na data da publicação da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, já prestavam serviços de assistência à saúde, na modalidade de autogestão.

Art. 10. Cumpridas todas as exigências legais e infralegais, a pessoa jurídica receberá o número do seu registro de operadora, que será comunicado por Ofício da Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e que a habilitará ao procedimento de registro de produto.[8]

§1º Os documentos relativos ao pedido de registro de produto deverão ser encaminhados à Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO no prazo máximo de sessenta dias, contados da data de recebimento do ofício que comunica a concessão do registro de operadora, sob pena de cancelamento, nos termos do art. 24, inciso VI, do presente normativo.

§2º O procedimento de registro da operadora por si só não autorizará a mesma a iniciar suas atividades de comercialização ou disponibilização de seus produtos, estando sujeita às penalidades cabíveis, tal como previsto no art. 18 da RN 124, de 30 de março de 2006, e suas posteriores alterações.[9]

§3º Recebido o registro de operadora, a pessoa jurídica deverá observar a legislação de saúde suplementar e sua regulamentação normativa, no que lhe for aplicável, especialmente no que diz respeito ao envio das informações periódicas exigidas e adoção do Plano de Contas Padrão da ANS.

CAPÍTULO III
DO REGISTRO DO PRODUTO

[1] O § único do art. 4º foi incluído, conforme art. 3º da RN nº 356/2014.

[2] O art. 5º, *caput*, está alterado conforme art. 2º da RN nº 356/2014.

[3] O art. 6º, *caput*, está alterado conforme art. 2º da RN nº 356/2014.

[4] O § único do art. 6º foi incluído conforme art. 3º da RN nº 356/2014.

[5] O art. 7º, *caput*, está alterado conforme art. 3º da RN nº 189/2009. Os §§1º e 2º do art. 7º e seus respectivos incisos estão revogados, conforme art. 6º da RN nº 315/2012.

[6] O art. 8º está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.

[7] O § único do art. 9º está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.

[8] O *caput* do art. 10 e seus §§1º e 3º estão alterados pelos arts. 2º e 3º da RN nº 315/2012.

[9] O §2º do art. 10 está alterado conforme art. 3º da RN nº 189/2009.

Art. 11. Os planos privados de assistência à saúde a serem ofertados pelas operadoras, de que trata o art. 1º desta Resolução, deverão ser registrados na ANS como condição para sua comercialização, podendo este registro ser objeto de alteração, cancelamento ou suspensão, de acordo com o disposto nesta Resolução.

Art. 12. Para fins de aplicação dos dispositivos desta Resolução, consideram-se:

I - Ativos - os registros que estejam em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização;

II - Ativos com comercialização suspensa - os registros de planos em que não é permitido o ingresso de novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular e de beneficiários em exercício dos direitos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998;[1]

III - Cancelados - os registros tornados inativos, por decisão da ANS ou a pedido da operadora.

§1º Sem prejuízo da aplicação das regras dispostas no inciso II deste artigo, nos planos coletivos ativos que estiverem com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora também não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados.

§2º O ingresso de novos beneficiários na forma de que trata o §1º somente será permitido se o plano "ativo com comercialização suspensa" não estiver incorrendo em qualquer das irregularidades do inciso I do art. 21.[2]

Seção I
Dos Requisitos para Obtenção do Registro de Produto

Art. 13. A concessão do registro dependerá da análise da documentação e das características do plano descritas pela operadora, que deverão estar em conformidade com a legislação em vigor, e disposições do Anexo II.

§1º Além das informações sobre as características do produto, deverão ser apresentados junto com o pedido, comprovante de pagamento de Taxa de Registro de Produto - TRP, rede da operadora para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98, com número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES de todos os prestadores da rede de serviços próprios, ou contratados, credenciados ou referenciados, Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, conforme disposto na RDC n° 28, de 26 de junho de 2000 e IN DIPRO nº 8, de 27 de dezembro de 2002, e outros itens que venham a ser exigidos na Instrução Normativa a ser publicada pela DIPRO.[3]

§2º Justificada a impossibilidade de obtenção do número de registro no CNES de alguns dos prestadores, até 31 de dezembro de 2008 a exigência poderá ser substituída por declaração de suficiência qualitativa e quantitativa da rede de serviços próprios ou contratados, conforme modelo constante no anexo V da presente Resolução.[4]

§3º Cessada a causa da impossibilidade mencionada no parágrafo anterior, o número de registro do CNES deverá ser informado no prazo de 30 dias contados da data de sua obtenção.

§4º Nenhum registro de plano será concedido sem que a operadora já tenha registrado, na mesma modalidade de contratação, um plano referência como definido no art. 10 da Lei nº 9.656/98, quando obrigatório seu oferecimento.

§5º Não serão concedidos registros de novos produtos quando não forem observados os requisitos descritos no §3º do art. 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011.[5]

§ 6º Nenhum registro de plano odontológico com formação de preço "Misto" será concedido sem que a operadora já tenha, na mesma modalidade de contratação, um plano odontológico com formação de preço "Pré-pagamento" Ativo, de acordo com o artigo 12 da presente resolução, e como estabelece o art. 5º da Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003.[6]

---

[1] O inciso II do art. 12 está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.

[2] Os §§1º e 2º do art. 12 foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 320/2013, sendo o §2º alterado pela RN nº 324/2013.

[3] O § 1º do art. 13 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 356/2014.

[4] O §2º do art. 13 está alterado conforme art. 1º da RN nº 144/2007.

[5] O §5º do art. 13 foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 334/2013.

[6] O § 6º do art. 13 foi incluído, conforme art. 3º da RN nº 356/2014.

Art. 14. O registro será autorizado quando presentes todos os requisitos para sua concessão, sendo o mesmo incorporado ao Sistema RPS da DIPRO com um número que passará a ser a identificação do plano de assistência à saúde junto à ANS.

CAPÍTULO IV
DO PLANO DE NEGÓCIOS

Art. 15. Revogado. [1]
Art. 16. Revogado.
Art. 17. Revogado.

CAPÍTULO V
DA MANUTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Art. 18. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde deverão manter, de forma regular e atualizada, o registro de operadora, nos termos do art. 28 da presente Resolução, e o registro de produtos.[2]

Seção I
Da Manutenção do Registro da Operadora

Art. 19. Para a manutenção da situação de regularidade do registro, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde deverão notificar quaisquer alterações das informações estabelecidas nos Anexos I e IV, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ocorrência da alteração.
§1º Os documentos de que trata o *caput* deverão ser encaminhados em envelope próprio, contendo correspondência assinada pelo representante legal da pessoa jurídica que ateste a veracidade das informações ali contidas.
§2º No caso de alteração do contrato social, de reforma estatutária, de assembléia geral ou de qualquer outro ato societário ou associativo, com alteração ou não dos contratos ou estatutos, as Operadoras somente deverão enviar a cópia após o respectivo arquivamento no órgão competente.
§3º As alterações decorrentes de atos que implicarem transferência de controle societário, cisão, fusão e incorporação serão regidos por norma específica.

Seção II
Da Manutenção do Registro do Produto

Art. 20. Para manutenção da situação de regularidade do registro de produto, deverão permanecer inalteradas todas as condições de operação descritas no pedido inicial, devendo a Operadora, para tanto:
I - garantir a uniformidade das condições de operação aprovadas pela ANS para todos os beneficiários vinculados a um mesmo plano de assistência à saúde;
II - enviar regularmente à ANS as informações relativas ao plano, previstas na legislação em vigor;
III - não alterar as características do plano fora dos casos previstos na legislação, ou sem observar os procedimentos definidos pela ANS;
IV - manter a capacidade da rede de serviços para garantir atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12, da Lei n° 9.656, de 1998, e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, procedendo às devidas atualizações, conforme os procedimentos previstos em Instrução Normativa;[3]
V - manter atualizada a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, de acordo com as normas específicas da ANS; e
VI - manter um fluxo de produção de serviços assistenciais compatível com o universo de beneficiários assistidos e com a segmentação assistencial do plano.

[1] Os arts. 15, 16 e 17 foram revogados pelo art. 10 da RN nº 189/2009.
[2] O art. 18 e o *caput* do art. 19 foram alterados conforme art. 4º da RN nº 189/2009.
[3] O inciso IV do art. 20 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 356/2014.

Seção III
Da Suspensão e Alteração do Registro do Produto

Art. 21. O registro de produto poderá ser suspenso temporariamente, para fins de comercialização ou disponibilização, nas seguintes hipóteses:[1]
I - por determinação da ANS, no caso de descumprimento das condições de manutenção do registro de produto e nos demais casos previstos na regulamentação setorial; e
II - a pedido da operadora, na forma e nos termos previstos em instrução normativa da DIPRO.
§1º As operadoras poderão solicitar a alteração da situação de registro dos seus planos ativos com comercialização suspensa por não envio de Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP para "ativo com comercialização suspensa - solicitação da operadora", ressalvando-se que eventual reativação ficará condicionada à atualização da NTRP.
§2º Após deferimento pela ANS da solicitação de que trata o parágrafo anterior, o referido plano passará a ter o mesmo tratamento de ingresso de beneficiários descrito nos §§1º e 2º do art.12 desta Resolução.[2]
§3º Na hipótese de suspensão de registro por determinação da ANS, nos casos de descumprimento das condições de manutenção do registro, o produto não poderá ser comercializado ou disponibilizado até que sejam corrigidas as irregularidades, sem prejuízo da assistência aos beneficiários já vinculados ao plano, na forma prevista em instrução normativa da DIPRO, ficando a operadora sujeita às penalidades e às medidas administrativas estabelecidas na Lei nº 9.656, de 1998, e na regulamentação setorial.[3]
§4º Na hipótese da existência de produto com registro suspenso a pedido da operadora, a reativação do produto poderá ser requerida à ANS, na forma e nos termos previstos em instrução normativa da DIPRO.
§5º A suspensão ou reativação do registro de produto vigerá a partir da data do seu deferimento pela ANS.
§6º A suspensão de registro de produto, cujo município de comercialização ou disponibilização for compatível com o de produto de operadora em via de ser liquidada, não será autorizada pela ANS no curso de prazo assinalado para o exercício da portabilidade especial de carência.
§7º Na hipótese do parágrafo anterior, o pedido de suspensão de registro de produto ficará sobrestado até que se encerre o prazo assinalado para o exercício da portabilidade especial de carência.[4]
§ 8º Na hipótese de suspensão por determinação da ANS, nos casos de descumprimento das condições de manutenção do registro, poderá ser concedido o prazo de até 10 (dez) dias para alteração de condições de operação do produto ou envio de esclarecimentos.
§9º Na hipótese de suspensão por determinação da ANS, nos casos definidos em regulamentação específica, o trâmite para regularização das condições de operação do plano deverá ser explicitado em normativo próprio.[5]
Art. 22. A alteração do registro de produto poderá ser requerida pela Operadora para os itens descritos no § 2º, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em Instrução Normativa da DIPRO.[6]
§1º As alterações efetivadas deverão alcançar a totalidade dos contratos vinculados ao plano, incluindo os anteriormente firmados.[7]
§2º São passíveis de alteração:[8]
I - a rede hospitalar, nos casos de redimensionamento por redução;
II - a rede hospitalar, nos casos de substituição.
III - os itens abaixo, desde que configurem ampliação de cobertura assistencial ou do acesso à rede de serviços e não impliquem em ônus financeiro para os beneficiários:
A - a rede hospitalar, incluindo tipo de vínculo com a operadora e disponibilidade dos serviços;
B - a rede de prestadores de serviço não hospitalar, mesmo que não seja característica do produto;
C - Revogado;[1]

---

[1] O *caput* do art. 21 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 324/2013.
[2] Os §§1º e 2º do art. 21 foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 320/2013.
[3] O § 3º do art. 21 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 356/2014.
[4] Os §§ 3º, 4º, 5º, 6º e 7º do art. 21 foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 324/2013.
[5] Os §§ 8º e 9º do art. 21 foram incluídos conforme art. 3º da RN nº 356/2014.
[6] O art. 22 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 356/2014.
[7] O § 1º, o inciso II foram incluídos e as alíneas “d”, “e”, “f” foram revogadas, conforme art. 3º e 5º da RN nº 356/2014.
[8] O § 2º e Inciso I do art. 22 foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 356/2014.

D - Revogado.[2]
E - Revogado.
F – Revogado
IV - nome do produto.[3]
§3° O redimensionamento de rede hospitalar por redução e a alteração do nome do produto previstos nos incisos I e IV do § 2º, respectivamente, dependerão de autorização desta ANS, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em Instrução Normativa da DIPRO.[4]
§ 4º A substituição de prestador hospitalar, prevista no inciso II do § 2º, deverá ser comunicada a ANS e aos beneficiários, com 30 dias de antecedência.

CAPÍTULO VI
DO CANCELAMENTO

Seção I
Do Cancelamento do Registro de Produto

Art. 23. O registro de produto poderá ser cancelado pela ANS, em caráter definitivo, nas seguintes hipóteses:
I - a pedido da Operadora, na forma prevista em Instrução Normativa da DIPRO, desde que não existam beneficiários vinculados ao plano;
II - de ofício, pela ANS:
a) quando decorrerem 180 (cento e oitenta) dias sem beneficiários vinculados ao plano; e
b) como etapa precedente ao cancelamento do registro de Operadora.
§1º O plano referência, quando for de oferecimento obrigatório, não será cancelado a não ser a pedido da Operadora que possuir mais de um produto deste tipo com registro ativo, na mesma modalidade de contratação, ou na hipótese da alínea "b" do inciso II deste artigo.
§2º Os registros cancelados não serão passíveis de reativação.

Seção II
Do Cancelamento do Registro de Operadora

Art. 24. A ANS cancelará o registro da Operadora nos seguintes casos:
I - incorporação, fusão ou cisão total;
II - inexistência de:
a) registro de produto ativo, ou ativo com comercialização suspensa pelo prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias, observado o disposto no art. 12, incisos I e II desta Resolução; ou
b) beneficiários vinculados a planos anteriores a 2 de janeiro de 1999, nas operadoras que não possuam planos posteriores à esta data.
III - decretação de regime de Liquidação extrajudicial.
IV - não saneamento das pendências que venham a ser detectadas posteriormente à concessão do registro de operadora, quando não ultimada e concedida a autorização de funcionamento.[5]
V - permanecer com o seu endereço inválido no período de 180 (cento e oitenta) dias, contado da publicação no Diário Oficial da União de ato da ANS que comunique a presunção de cessação de atividade da operadora, desde que durante esse período não tenha sido praticado qualquer ato que afaste a presunção de cessação da atividade.[6]
VI - no caso de não substituição do administrador na forma da RN específica.[7]
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.[8]

[1] A alínea "c" do inciso III do §2º do art. 22 foi revogada segundo o art. 2º da RN nº 269/2011.
[2] As alíneas "d", "e" e "f" foram revogadas pela RN nº 356/2014.
[3] O art. 22 § 2º, inciso IV está alterado, conforme art. 3º da RN nº 356/2014.
[4] Os §§ 3º e 4º do art. 22 foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 356/2014.
[5] O inciso IV do art. 24 foi acrescido e o parágrafo único foi excluído conforme art. 5º da RN nº 189/2009.
[6] O inciso V do art. 24 está acrescido conforme art. 4º da RN nº 301/2012.
[7] O inciso VI do art.24 está acrescido conforme art. 13 da RN nº 311/2012.
[8] Os incisos VII, VIII, IX do art. 24 estão acrescidos conforme art. 3º da RN nº 315/2012.

VIII - quando deliberado pela Diretoria Colegiada, como medida alternativa à decretação de liquidação extrajudicial.
IX - baixa de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ.
§1º Os registros cancelados não serão passíveis de reativação.[1]
§2º Para aplicação da hipótese prevista no inciso V do *caput* deste artigo, a DIOPE previamente encaminhará aos endereços da sede da operadora, dos advogados eventualmente constituídos no respectivo processo e dos administradores, constantes do banco de dados cadastrais da ANS, ofício que solicitará a regularização do endereço no prazo de 30 (trinta) dias, contado do seu recebimento, nos termos do art. 19 desta Resolução, bem como estabelecerá a possibilidade de apresentação de defesa.
§3º Não atendida a solicitação do §2º, no prazo nele estabelecido, presumir-se-á a cessação da atividade da operadora.
§4º Na hipótese de retornarem negativos os avisos de recebimento de todos os ofícios enviados, a operadora e seus administradores serão intimados mediante publicação no Diário Oficial da União, na mesma oportunidade da comunicação da presunção de cessação da atividade disposta no §7º deste artigo.
§5º Na publicação de que trata o §4º deve estar expresso que a presunção de cessação da atividade somente restará caracterizada após ultrapassado o prazo de resposta da intimação ficta e nenhum dos intimados atender à mesma.
§6º A intimação de que trata o §4º deste artigo observará, naquilo que for cabível, os requisitos estabelecidos na Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, referentes à publicação do edital de intimação.
§7º A comunicação da presunção de cessação de atividade será publicada no Diário Oficial da União e no endereço eletrônico da ANS, oportunidade em que também serão convocados credores, beneficiários e eventuais interessados, ficando a operadora sujeita à suspensão da comercialização de seus produtos.
§8º Será instaurado, também, o procedimento administrativo sancionador, conforme regulamentação vigente.
§9º O disposto no inciso V do *caput* deste artigo não se aplica às operadoras em regime especial.
§10º A operadora submetida ao procedimento de cancelamento de seu registro ficará sujeita à suspensão da comercialização dos seus produtos.[2]

Seção III
Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento pela ANS

Art. 25. 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;[3]
III - de não regularização das informações cadastrais, após esgotadas duas oportunidades para o saneamento das pendências e por deliberação da Diretoria Colegiada da ANS; [4]
IV - nas hipóteses previstas no art. 1.125 do Novo Código Civil; ou [5]
V - na hipótese de descumprimento do prazo previsto no art. 4º, inciso III, da Resolução Normativa - RN Nº 175, de 22 de setembro de 2008, se aquele momento ocorrer antes do prazo definido nos demais incisos do mesmo artigo.
§1º A ocorrência da hipótese prevista no inciso III implicará na preliminar transferência da carteira de planos ou a verificação da inexistência de beneficiários e das demais obrigações junto à ANS.
§2º Revogado. [6]
§3º As obrigações financeiras oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar, anteriores à data do efetivo cancelamento, permanecerão, ainda que ultimadas as providências necessárias ao cancelamento da autorização de funcionamento.

---

[1] Os §§1º a 9º do art. 24 estão incluídos conforme art. 4º da RN nº 301/2012, revogando o § único da redação anterior.
[2] O §10 do art. 24 está acrescido conforme art. 3º da RN nº 315/2012.
[3] O inciso II do art. 25 está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.
[4] O inciso III e os §§1º e 3º do inciso V do art. 25 foram alterados conforme art. 5º da RN nº 189/2009.
[5] O inciso IV do art. 25 foi alterado e foi acrescido o inciso V e §2º conforme art. 3º da RN nº 175/2008.
[6] O §2º do art. 25 foi revogado pelo art. 10 da RN nº 189/2009.

§4º A operadora submetida ao procedimento de cancelamento de sua autorização de funcionamento ficará sujeita à suspensão da comercialização dos seus produtos.[1]

Seção IV
Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento por Solicitação da Operadora

Art. 26. Ao efetuar a solicitação do cancelamento da autorização de funcionamento, as Operadoras deverão enviar requerimento direcionado à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, devidamente assinado pelo Representante Legal da Operadora informando o código de registro da operadora junto à ANS e o número do CNPJ, anexando os seguintes documentos:
I - cópia autenticada do ato societário que deliberou pelo encerramento das operações de planos de assistência à saúde, arquivado no órgão competente;
II - declaração de inexistência de beneficiário de planos privados de assistência à saúde indicando a data efetiva da inexistência do mesmo;
III - declaração de inexistência de obrigações para com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde; e
IV - declaração de inexistência de contratos de assistência à saúde, como operadora, com pessoa física ou jurídica.
§1º Os pedidos de cancelamento incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos exigidos no *caput* deste artigo, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à operadora.[2]
§2º O cancelamento a pedido somente será ultimado após a conferência das informações prestadas junto aos diversos setores da ANS, podendo esta autarquia ainda, caso entenda necessário, solicitar outros meios que comprovem as aludidas declarações.[3]
§3º Ressalvadas as hipóteses previstas no art. 26-B desta RN, as obrigações das operadoras não são ilididas com o pedido de cancelamento, permanecendo, inclusive, as de caráter financeiro oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar - TSS.[4]
§4º Estão dispensadas da apresentação dos documentos listados nos incisos II, III e IV do *caput* deste artigo, as operadoras que solicitarem o cancelamento da autorização de funcionamento em virtude de cisão parcial em que a parcela cindida envolva a totalidade de sua carteira de beneficiários, desde que os atos societários relacionados à cisão (protocolo de justificação) comprovem que a operadora incorporadora do acervo cindido ficará responsável pela integralidade da carteira de beneficiários, pelas obrigações, conhecidas ou não, com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde e pelos contratos de assistência à saúde.[5]
Art. 26-A. Nos casos dos processos de cancelamento, por solicitação das operadoras, já instaurados anteriormente à edição do presente normativo e não finalizados pela falta de envio de todos os documentos previstos no *caput* do art. 26, será procedida publicação de edital de convocação de eventuais beneficiários e credores, concedendo prazo de trinta dias para manifestações pertinentes, findo os quais, sem qualquer manifestação, serão adotadas as providências cabíveis ao cancelamento do registro, tal como previsto no §2º do art. 26 do presente normativo.[6]

Seção V
Das Obrigações da Operadora no Curso e Após o Processo de Cancelamento

Art. 26-B. Instaurado o processo de cancelamento de registro de operadora ou de autorização de funcionamento, por solicitação da operadora, ficam suspensas as obrigações de envio periódico das informações a partir da data de protocolização dos documentos que comprovam o cumprimento dos requisitos e pressupostos legais para o cancelamento.[7]

[1] O §4º do art. 25 foi incluído pelo art. 3º da RN nº 315/2012.
[2] O §1º do art. 26 está alterado conforme art. 5º da RN nº 189/2009.
[3] O §2º do art. 26 está alterado conforme art. 5º da RN nº 189/2009.
[4] O §3º do art. 26 está incluído conforme art. 2º da RN nº 315/2012.
[5] O §4º do art. 26 está incluído conforme art. 4º da RN nº 301/2012.
[6] O art. 26-A foi incluído pelo art. 5º da RN nº 189/2009.
[7] Os arts. 26-B, 26-C e 26-D estão incluídos conforme art. 4º da RN nº 301/2012.

§ 1° Permanecem exigíveis as obrigações de natureza financeira, oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar -TSS, dentre outras, que não são alcançadas pela suspensão de que trata o *caput* deste artigo ou pelo cancelamento da autorização de funcionamento.
§2º Na hipótese de ser mantida a autorização de funcionamento ou o registro da operadora, as informações periódicas, referentes ao período de suspensão de das obrigações de que trata o *caput* deste artigo, deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da intimação em que a operadora tomar ciência da decisão de manutenção de seu registro de operadora ou de sua autorização de funcionamento.
Art. 26-C Instaurado o processo de cancelamento de registro ou de autorização de funcionamento, pela ANS, fica mantida a exigência quanto ao cumprimento de todas as obrigações regulamentares, até que seja efetivada a baixa do registro da operadora.
Art. 26-D Após o cancelamento do registro de operadora ou da autorização de funcionamento, caso a pessoa jurídica não mantenha atualizado seu endereço de correspondência para fins de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via, proceder-se-á na forma do art. 15 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003.
§1º Ressalvadas as determinações específicas da ANS, após o cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento com a baixa no registro da operadora, cessam as obrigações regulamentares da operadora.
§2º A hipótese prevista no §1º deste artigo não alcança o cumprimento das obrigações cujo fato gerador tenha ocorrido antes da baixa no registro da operadora, que ainda deverão ser exigidas pela autoridade competente, à exceção do disposto no §3º.[1]
§3º Após o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da Operadora, a ANS não lavrará representação, bem como promoverá o arquivamento dos processos administrativos sancionadores pendentes de decisão de primeira instância.[2]

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27. As operadoras que estiverem submetidas aos regimes especiais definidos na Lei nº 9.656/98 e que não apresentem o cumprimento das exigências para o registro de Operadora e de Produto poderão sofrer a suspensão da comercialização de seus produtos, na forma do §4º do art. 9º da Lei nº 9.656/98, permanecendo ainda suas obrigações com os contratos já firmados.
Art. 28. A autorização de funcionamento será expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e publicada no Diário Oficial da União. [3]
§1º Concedida a autorização de funcionamento, as operadoras deverão manter situação de regularidade quanto às informações cadastrais, dados e exigências econômico-financeiras e outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, cabendo às áreas técnicas competentes o monitoramento, acompanhamento e verificação da situação de regularidade, no âmbito das respectivas competências.
§2º Para a manutenção de regularidade, as operadoras deverão notificar quaisquer alterações das informações prestadas quando da autorização de funcionamento, tal como estabelecido nos Anexo I e IV, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos devidamente autenticados, no prazo de trinta dias, a contar da ocorrência da alteração, nos termos do art. 19 desta Resolução e posteriores alterações.
§3º Caso a operadora não mantenha regularidade quanto às informações cadastrais, aos dados e exigências econômico-financeiras e quanto a outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, serão adotadas as providências cabíveis, conforme o caso, nos termos dos normativos e legislação específica.
Art. 29. No caso de pessoas jurídicas que possuam estabelecimentos, tais como, filiais, sucursais, entre outros, somente será concedida uma única autorização de funcionamento, correspondente ao CNPJ da matriz.
Art. 30. A ANS poderá solicitar quaisquer informações adicionais de forma a subsidiar a concessão da autorização de funcionamento.

---

[1] O §2º do art. 26-D está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.

[2] O §3º do art. 26-D está acrescido conforme art. 3º da RN nº 315/2012.

[3] O art. 28 está alterado conforme art. 6º da RN nº 189/2009.

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Seção I
Das Operadoras com Registro Provisório

Art. 31. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que possuem registro provisório junto à ANS terão um prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de publicação desta Resolução para requerer a autorização de funcionamento, devendo, para tanto, cumprir as seguintes exigências:
I - possuir situação regular em relação ao registro provisório; e
II - possuir, pelo menos, um registro ativo de produto, que deverá ser plano referência, quando obrigatório.
Art. 32. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde já registradas deverão atender, no que couber, os requisitos constantes no Anexo IV desta Resolução, para fins de sua regularização.
§1º A ANS poderá dispensar a apresentação dos documentos listados no Anexo IV desta Resolução para as Operadoras registradas que tenham cumprido as etapas preliminares de regularização, na forma definida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.
§2º Ficam mantidas a segmentação e a classificação das Operadoras, bem como as demais condições estabelecidas por norma própria.
Art. 33. As Operadoras que detêm registros provisórios de planos deverão complementar os dados de registro de acordo com as novas exigências contidas nesta Resolução no prazo de 180 dias, conforme procedimento a ser definido pela DIPRO.

Seção II
Do Cancelamento dos Registros Provisórios Pela ANS

Art. 34. Decorridos 180 dias da publicação desta Resolução serão cancelados todos os registro provisórios das Operadoras que não tiverem iniciado o processo de autorização de funcionamento.
§1º A ANS notificará as operadoras para satisfazerem as pendências existentes, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por uma única vez, sob pena de cancelamento do respectivo registro provisório.[1]
§2º O cancelamento referido neste artigo não exime a pessoa jurídica do cumprimento das obrigações previstas no âmbito da regulação em saúde suplementar e demais obrigações legais.
Art. 35. As Operadoras com registro provisório que não cumprirem o disposto nesta Resolução no prazo estabelecido no art. 31, ou tiverem sua solicitação de autorização de funcionamento junto à ANS indeferida por qualquer outro motivo, ficam sujeitas à transferência compulsória da carteira e, conseqüentemente, ao cancelamento do registro provisório.
Parágrafo único. Enquanto não ultimados os processos administrativos de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde com registro provisório, aplicam-se também as causas de cancelamento do registro de operadora e da autorização de funcionamento contidas nesta Resolução e posteriores alterações.[2]

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. As pessoas jurídicas que, na data da publicação desta Resolução, estiverem com processo de registro provisório em curso na ANS estarão sujeitas integralmente às exigências do Capítulo I desta Resolução.
Art. 37. A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO editarão os atos que julgarem necessários ao aperfeiçoamento e cumprimento desta Resolução.
Art. 38. Os casos omissos nesta Resolução serão tratados pela Diretoria Colegiada.

[1] O §1º do art. 34 está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.
[2] O parágrafo único do art. 35 foi incluído conforme art. 7º da RN nº 189/2009.

Art. 38-A. Os prazos previstos nesta Resolução, especialmente os relativos a concessão de autorização de funcionamento, de registro definitivo de produto e de operadora, para aquelas que já possuam registro provisório nesta Agência, ficam interrompidos com a edição Resolução – RN Nº 100, de 2005.
Parágrafo único. Os prazos referidos no *caput* deste artigo passam a contar a partir da publicação da Resolução – RN Nº 100, de 2005.
Art. 39. Revogado.[1]
Art. 40. Ficam revogadas as Resoluções de Diretoria Colegiada – RDCs nº 4 e nº 5, ambas de 18 de fevereiro de 2000.
Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

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

1 - Para fins de registro da Operadora na ANS, as pessoas jurídicas que quiserem comercializar os produtos estabelecidos no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, deverão preencher planilha, disponível em arquivo no endereço eletrônico da ANS (http://ans.gov.br), com o nome e as informações solicitadas, sem alteração na formatação pré-definida, enviando-o em meio digital dentro de envelope lacrado, para a ANS, localizada na Av. Augusto Severo, n.º 84, Glória CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, juntamente com requerimento formal solicitando a autorização de funcionamento e com os seguintes documentos:[2]
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.[3]
1.4. Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do Anexo à RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, 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.[4]
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 do comprovante de inscrição e de situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica e cópia do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos administradores, ambos fornecidos pela Receita Federal. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do envio do CPF.[5]
1.7. Cópia autenticada dos atos constitutivos consolidados da pessoa jurídica, registrados no órgão competente.
1.8 Cópia da ata de Assembléia 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

[1] O art. 39 está revogado conforme art. 91 da RN nº 124/2006.
[2] O item 1 e 1.1 está alterado conforme RN nº 315/2012.
[3] O item 1.3 está alterado conforme RN nº 315/2012.
[4] O item 1.4 está alterado conforme RN nº 311/2012.
[5] O item 1.6 está alterado conforme RN nº 315/2012.

por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação normativa específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem.[1]

1.9. Revogado[2].

1.10. Revogado.[3]

1.11. 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.[4]

1.12. 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.

1.13. Revogado. [5]

1.14. No caso de pessoa jurídica pretendente que tenha como sócio(s) pessoa jurídica já constituída, enviar, adicionalmente, cópia autenticada do último contrato social consolidado e da ata da última Assembléia 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.[6]

1.15. 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.

1.16. Revogado.[7]

1.17. Revogado.

1.18 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.[8]

1.19. Comprovação de regularidade quanto à exigência de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA, conforme disposto na regulamentação normativa vigente, bem como de ativos garantidores, constituição de provisões técnicas e margem de solvência, 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.

1.20. Cópia autenticada do registro 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.

1.21. Revogado.[9]

1.22. Revogado.[10]

1.23. 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

[1] O item 1.8 está alterado conforme RN nº 315/2012.

[2] O item 1.9 está revogado conforme RN nº 315/2012.

[3] O item 1.10 está revogado pelo art. 10 da RN nº 189/2009.

[4] Os itens 1.11 e 1.12 estão alterados conforme RN nº 315/2012.

[5] O item 1.13 foi revogado pelo art. 10 da RN nº 189/2009.

[6] Os itens 1.14 e 1.15 estão alterados conforme RN nº 315/2012.

[7] Os itens 1.16 e 1.17 estão revogados pela RN nº 315/2012.

[8] Os itens 1.18, 1.19 e 1.20 estão alterados conforme RN nº 315/2012.

[9] O item 1.21 está revogado conforme RN nº 255/2011.

[10] O item 1.22 está revogado conforme RN nº 315/2012.

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]
1.24. Revogado.[2]
1.25. Revogado.[3]
1.26. Revogado.
1.27. 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.[4]
2. Em se tratando de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade cooperativa, seu ato constitutivo deverá conter a seguinte cláusula:[5]
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.
3. Revogado.[6]
3.1. Revogado.
3.1.1. Revogado.
3.1.2. Revogado.

ANEXO II – DADOS DO PRODUTO[7]

A comercialização dos produtos estabelecidos no inciso I do art. 1º da lei nº 9.656/98 deverá seguir os procedimentos definidos em Instrução Normativa específica, com as informações quanto à sua caracterização abaixo listadas, juntamente com cópia do registro de operadora emitido pela DIOPE.
1. NOME DO PRODUTO
1.1 O nome do produto informado no registro deve corresponder ao utilizado para comercialização, disponibilização, divulgação e publicidade do produto.
2. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
2.1 A Operadora deverá optar por uma das segmentações:
2.1.1 Ambulatorial
2.1.2 Hospitalar com Obstetrícia
2.1.3 Hospitalar sem Obstetrícia
2.1.4 Odontológico
2.1.5 Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)
2.1.6 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
2.1.7 Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
2.1.8 Ambulatorial + Odontológico
2.1.9 Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico
2.1.10 Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico
2.1.11 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico
2.1.12 Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico
3.TIPO DE CONTRATAÇÃO
3.1 Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica.
A operadora deverá optar por apenas um tipo de contratação, por registro, de acordo com a regulamentação vigente:
3.1.1 Individual ou Familiar
3.1.2 Coletivo Empresarial
3.1.3 Coletivo por Adesão

[1] O item 1.23 está alterado conforme RN nº 315/2012.
[2] O item 1.24 está revogado conforme RN nº 315/2012.
[3] Os itens 1.25 e 1.26 foram revogados pelo art. 10 da RN nº 189/2009.
[4] O item 1.27 foi incluído pela RN nº 189/2009.
[5] O item 2 do Anexo I foi incluído conforme art. 1º da RN nº 175/2008.
[6] Os itens 3, 3.1, 3.1.1 e 3.1.2 estão revogados conforme RN nº 315/2012.
[7] O Anexo II foi alterado, conforme anexo da RN nº 356/2014.

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA
4.1 Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário:
4.1.1 Nacional: em todo o território nacional
4.1.2 Estadual: em todos os municípios do Estado
4.1.3 Grupo de Estados: em todos os municípios dos Estados
que compõem o grupo, sendo que este deve conter pelo menos dois
Estados, não atingindo a cobertura nacional.
4.1.4 Municipal: em um município
4.1.5 Grupo de Municípios: em mais de um município, de um ou mais Estados, desde que não ultrapasse o limite de 50% dos municípios de cada Estado.
5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO
5.1 A Operadora deverá indicar os municípios ou estados de cobertura assistencial do Plano, de acordo com a ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA adotada acima, à exceção da nacional.
6. ENTIDADES HOSPITALARES
6.1 Além das entidades hospitalares integrantes da rede da operadora requerida no § 1º do art. 13 desta RN, a Operadora deverá informar para plano com segmentação hospitalar, obstétrica e referência, ou atendimento de urgência/emergência no plano ambulatorial, o CNES, CNPJ, RAZÃO SOCIAL, MUNICÍPIO E UF, as entidades hospitalares próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas que não fazem parte da rede da operadora. Os planos operados
exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores estão desobrigados dessa informação.
7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO
7.1 A Operadora deverá optar por apenas um tipo de acomodação hospitalar, por registro, conforme se segue:
7.1.1 Individual
7.1.2 Coletiva (enfermaria)
8. RELAÇÃO COM ENTIDADE HOSPITALAR E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS
8.1. A operadora deverá definir o vínculo com a rede, conforme abaixo:
8.1.1 - Própria: propriedade da operadora
8.1.2 - Contratualizada: instrumento formalizando a relação com a operadora
8.1.2.1 - Direta: instrumento jurídico assinado entre as partes
8.1.2.2 - Indireta: intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional. Nestes casos informar o nº de registro na ANS da operadora que contrata diretamente a entidade hospitalar.
8.2 A operadora deverá definir a abrangência dos serviços disponíveis:
8.2.1. Parcial
8.2.2. Total
9. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES
9.1 A Operadora deverá informar em quais coberturas o consumidor poderá utilizar o sistema de reembolso para acesso a prestadores de serviço.
9.1.1 Consultas Médicas
9.1.2 Exames Complementares
9.1.3 Internações
9.1.4 Terapias
9.1.5 Atendimento Ambulatorial
9.1.6 Consultas Odontológicas
9.1.7 Exames Odontológicos Complementares
9.1.8 Prevenção Odontológica
9.1.9 Periodontia
9.1.10 Dentística
9.1.11 Endodontia
9.1.12 Cirurgia Odontológica Ambulatorial
9.1.13 Procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico ou Médico-hospitalar
10. FATOR MODERADOR
10.1 Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação de acordo com a regulamentação vigente:

10.1.1 Co-Participação
10.1.2 Franquia
11. FORMAÇÃO DO PREÇO
11.1 São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:
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.
12. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS
12.1 Definir a condição de vínculo do beneficiário em planos coletivos de acordo com o tipo de contratação, se coletiva empresarial ou coletiva por adesão, conforme definição em normativo específico.
12.1.1 vínculo empregatício ativo: destinado à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatuária.
12.1.2 vínculo empregatício inativo: destinado à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante, por relação empregatícia ou estatuária que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa.
12.1.3 sem vínculo empregatício: destinado à população vinculada à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.
13. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS
13.1 Serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, conforme abaixo:
13.1.1 Assistência / internação domiciliar;
13.1.2 Assistência farmacêutica;
13.1.3 Transporte aeromédico;
13.1.4 Emergência domiciliar;
13.1.5 Emergência fora da abrangência geográfica contratada;
13.1.6 Transplantes não obrigatórios;
13.1.7 Procedimentos estéticos;
13.1.8 Assistência internacional;
13.1.9 Saúde Ocupacional;
13.1.10 Ortodontia;
13.1.11 Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;
13.1.12 Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência;
13.1.13 Isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;
13.1.14 Outros (especificar).

Observações:
1. Cada opção indicada para ÁREA DE ATUAÇÃO, TIPO DE ACOMODAÇÃO, ACESSO A LIVRE ESCOLHA e FATOR MODERADOR deverá estar contemplada em anexo específico da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto;
"2. Quando houver comercialização de COBERTURAS e SERVIÇOS ADICIONAIS, além da obrigatória explicitação nos instrumentos contratuais dos planos ou em aditivos, os cálculos para esses opcionais deverão constar em anexos específicos da NTRP. Na hipótese dessa contratação ocorrer em separado do plano dispensar-se-á a informação.

ANEXO III – DO PLANO DE NEGÓCIOS
Revogado.[1]

ANEXO IV - CONDIÇÕES GERAIS PARA A CONCESSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ÀS OPERADORAS COM REGISTRO PROVISÓRIO

1. Para fins de regularidade no registro provisório, as Operadoras deverão enviar para a ANS, localizada na Av. Augusto Severo, nº 84, Glória, CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, o requerimento da autorização de funcionamento e os seguintes documentos:
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.[2] (Redação dada pela RN nº 315, de 2012)
1.2 Documento indicando o nome do contador, dos auditores independentes e do atuário, este último quando exigido pelos normativos vigentes, com os respectivos números dos registros nos órgãos competentes. (Redação dada pela RN nº 315, de 2012)
1.3. 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.
1.4. Documento que apresente fundamentação da segmentação de acordo com o disposto na RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000.
1.5 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.[3]
1.6 Comprovação de regularidade quanto às exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA, margem de solvência, ativos garantidores e constituição de provisões técnicas, conforme disposto na regulamentação normativa vigente. 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.
1.7 Utilização do Plano de Contas Padrão, nos termos da regulamentação normativa vigente. 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. Cópia autenticada do contrato ou estatuto social consolidado, registrado no órgão competente.
1.9 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.[4]
1.10 Documento relacionando a região de comercialização da Operadora de Planos de Assistência à Saúde, conforme disposto na regulamentação normativa vigente. 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.
1.11. Revogado. [5]
1.12 Cópia do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, e 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

[1] O Anexo III foi revogado pelo art. 10 da RN nº 189/2009.
[2] Os itens 1.1 e 1.2 estão alterados conforme RN nº 315/2012.
[3] Os itens 1.5, 1.6 e 1.7 estão alterados conforme RN nº 315/2012.
[4] Os itens 1.9 e 1.10 estão alterados conforme RN nº 315/2012.
[5] O item 1.11 está revogado pela RN nº 315/2012.

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]

1.13. Revogado.[2]

1.14. Revogado. [3]

1.15 Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do anexo à RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, 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.[4]

1.16. Revogado.[5]

1.17 Cópia da ata de Assembléia 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.[6]

1.18. Revogado.[7]

1.19. 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 20 de novembro de 2006, alterada pela RN Nº 148, de 02 de abril de 2007, e suas posteriores alterações.[8]

1.20 No caso de pessoa jurídica que tenha como sócio(s), pessoa jurídica já constituída, enviar, adicionalmente, cópia autenticada do último contrato social consolidado e da ata da última Assembléia 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. [9]

1.21 Cópia dos cartões de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos administradores, fornecidos pela Receita Federal. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado, na forma da regulamentação específica vigente, estão isentas do cumprimento deste subitem.

2. Além dessas informações, a ANS verificará:

2.1. Se a Operadora possui pelo menos um produto referência registrado e ativo na ANS por cada modalidade de contratação que opere, com exceção das Autogestões e das Operadoras exclusivamente odontológicas, que deverão apenas apresentar declaração de que possuem ao menos um produto registrado na ANS.

2.2. No caso das Operadoras que só possuam produtos anteriores à Lei nº 9.656/98, o atendimento ao Sistema de Cadastro de Planos instituído pela RN Nº 56, de 4 de dezembro de 2003.

2.3. Revogado [10]

2.4 Regularidade no envio do DIOPS e eventuais ressalvas nas Demonstrações Financeiras feitas pelos Auditores Independentes, registrados na CVM, na forma da regulamentação normativa específica vigente.[11] (Redação dada pela RN nº 315, de 2012)

3. Em se tratando de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade cooperativa, seu ato constitutivo deverá conter a seguinte cláusula:[12]

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

---

[1] O item 1.12 está alterado conforme RN nº 315/2012.

[2] O item 1.13 está revogado conforme RN nº 315/2012.

[3] O item 1.14 do Anexo IV foi revogado pelo art. 10 da RN nº 189/2009.

[4] O item 1.15 está alterado conforme RN nº 311/2012.

[5] O item 1.16 do Anexo IV foi revogado pelo art. 10 da RN nº 189/2009.

[6] O item 1.17 está alterado pela RN nº 315/2012.

[7] O item 1.18 está revogado pela RN nº 315/2012.

[8] O item 1.19 foi incluído pela RN nº 189/2009.

[9] Os itens 1.20 e 1.21 foram incluídos pela RN nº 315/2012.

[10] O item 2.3 do Anexo IV foi revogado, conforme art. 6º da RN nº 255/2011.

[11] O item 2.4 está alterado conforme RN nº 315/2012.

[12] O item 3 do Anexo IV foi acrescido conforme art. 2º da RN nº 175/2008.

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.

ANEXO V - DECLARAÇÃO DE SUFICIÊNCIA DA REDE DE SERVIÇOS[1]

Não tendo sido possível a obtenção do número de registro no CNES de todos os prestadores, declaro, sob as penas da lei e para os fins do art. 13 da Resolução Normativa nº 100, que esta operadora garante o acesso de seus beneficiários em serviços de assistência no prazo máximo de 10 (dez) dias para os procedimentos básicos consultas e em até 20 (vinte) dias nos procedimentos de maior complexidade, afirmando assim possuir suficiência qualitativa e quantitativa na rede de serviços para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei nº 9.656/98. Para tal, utilizo prestadores próprios e/ou contratados diretamente, inclusive pela vinculação de entidades fora da abrangência geográfica contratual, ou indiretamente mediante acordos operacionais com outras operadoras.

_____
Local e Data

_____
Representante Legal da Operadora
NOME DA OPERADORA - REGISTRO ANS Nº

_____
Responsável Técnico da Operadora

[1] O Anexo V está alterado conforme art. 3º da RN nº 144/2007. Porém, em 31/12/2008, expirou o prazo para a sua utilização.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 89, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2005[1]

Dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III do art. 9º e o §2º do art. 26, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, bem como o disposto no inciso XXXVIII do art. 4º, no art. 10, inciso II e nos art. 17 a 25 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e atendendo a determinação da Instrução Normativa nº 3, de 12 de fevereiro de 2004, da Secretaria do Tesouro Nacional, em reunião realizada em 27 de janeiro de 2005, e considerando a necessidade de revisão das normas que regem o recebimento e a arrecadação das receitas da ANS, bem como o objetivo de sistematizar os procedimentos e padronizar documentos, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º A arrecadação das receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, na forma do estabelecido no art. 17 da Lei nº 9.961, de 2000, obedecerá as disposições desta Resolução Normativa e seus respectivos Anexos.

Art. 2º O recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar – TSS, bem como das demais receitas da ANS se dará mediante preenchimento e pagamento da Guia de Recolhimento da União – GRU, cujo modelo encontra-se disponível na Internet no endereço www.ans.gov.br, como documento único para recolhimento das Taxas de Saúde Suplementar – TSS.

Parágrafo único. Não será possível efetuar o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar via formulário "Guia de Depósito", modelo 0.07.099-8, do Banco do Brasil S/A.

Art. 3º Meramente para os efeitos desta Resolução e para fins de preenchimento emissão da GRU, o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar será efetuado mediante a utilização das seguintes siglas:

I - por Plano de Assistência à Saúde – TPS;

II - por Registro de Produto - TRP;

III - por Alteração de Dados de Produto - TAP;

IV - por Registro de Operadora – TRO;

V - por Alteração de Dados de Operadora - TAO;

VI - por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária - TRC;

VII - Desconto por Cobertura Médico-Hospitalar-Odontológica – DC;

VIII - Desconto por Abrangência Geográfica dos Planos – DAG.

Art. 4º A Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência à Saúde – TPS, tem como determinantes a quantidade de beneficiários, a cobertura e a área de abrangência geográfica dos planos de assistência à saúde, bem como a segmentação/classificação da Operadora, conforme disposto na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000.

Art. 5º A TPS deverá ser recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada ano.

Art. 6º A TPS será devida à base de R$ 2,00 (dois reais) por beneficiário por ano, ou R$ 0,50 (cinqüenta centavos de real) por beneficiário por trimestre.

§1º A TPS será calculada pela média aritmética do número de beneficiários no último dia do mês, considerados os 3 (três) meses que antecederem ao mês do recolhimento, conforme Anexo I desta Resolução.

§2º Para efeito de cálculo da TPS, será considerado o total de beneficiários aferido no último dia útil de cada mês, devendo ser excluído, para fins de base de cálculo, o total de beneficiários maiores de 60 (sessenta) anos, bem como aqueles que completarem 60 (sessenta) anos no trimestre considerado.

§3º No cálculo da TPS, as operadoras farão jus aos descontos previstos nos incisos VII e VIII do art. 3º, conforme Tabelas I e II constantes do Anexo II desta Resolução.

Art. 7º As operadoras de planos de assistência à saúde que tenham número de beneficiários inferior a vinte mil ou que se enquadrem nos segmentos/classificação abaixo relacionados, conforme disposto na

[1] Publicada no DOU em 16/02/2005, seção 1, p. 23.

RDC nº 39, de 2000, farão jus a um desconto de 30% (trinta por cento), a ser aplicado sobre o montante devido da TPS:
I – Autogestão por Departamento de Recursos Humanos;
II – Filantropia; ou
III – que despendam, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativos aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestem ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, que estejam classificadas no segmento SPP/SUS.
Art. 8º As operadoras que operam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de 50% (cinqüenta por cento), sobre o montante devido da TPS.
Art. 9º Os descontos previstos nos artigos 7º e 8º não serão calculados de forma cumulativa.
Art. 10. As operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil poderão optar pelo recolhimento da TPS em parcela única, realizado até o último dia útil do primeiro decêndio do mês de março, fazendo jus a um desconto de 5% (cinco por cento) sobre a TPS final a ser recolhida.
Parágrafo único. A opção de pagamento em parcela única deverá ser indicada no campo "Cota Única" na Tela "Sistema de Cálculo e Emissão dae DANSGRU" disponibilizada na Internet, no endereço: http://www.ans.gov.br.
Art. 11. A operadora que efetuar o recolhimento da taxa de saúde suplementar após o vencimento estiver em débito com a TPS não fará jus aos descontos previstos nesta Resolução.
Art. 12. A TSS não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:
I – juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;[1]
II – multa de mora de 10% (dez por cento).
Art. 13. Todos os cálculos da TSS serão efetuados eletronicamente, com o preenchimento pela operadora da tela "Sistema de Cálculo e Emissão da GRU", disponibilizada na Internet no endereço: http://www.ans.gov.br.
§1º Após a inserção dos dados junto ao sistema o preenchimento, será emitido automaticamente a GRU para recolhimento da TPS.
§2º Para efeito de cálculo da TPS, as operadoras deverão considerar o mês de seu registro junto à ANS, independentemente do número de produtos e/ou de beneficiários e preencher a Tela "Sistema de Cálculo e Emissão da GRU".
§3º Para as operadoras que não tiverem sido devidamente registradas na ANS, o cálculo da TPS terá por base o início da atividade da operadora no mercado de saúde suplementar.
§4º No enquadramento de planos de assistência à saúde comercializados anteriormente a 2 janeiro de 1999, as segmentações assistenciais deverão ser definidas em razão da natureza da cobertura oferecida, independentemente de sua amplitude, mesmo que seja reduzido o número de procedimentos cobertos.
§5º As informações prestadas pelas operadoras, na forma do disposto no *caput* deste artigo, poderão, a qualquer tempo e por decisão da ANS, ser objeto de auditoria contábil e atuarial, realizada por auditores independentes cadastrados na Comissão de Valores Mobiliários - CVM ou no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA.
Art. 14. As Taxas por Atos de Saúde Suplementar – TRP, TAP, TRO, TAO e TRC - definidas no art. 3º e constantes do Anexo III desta Resolução, deverão ser recolhidas através da GRU e terão por base o valor estabelecido pela legislação vigente na data do fato gerador.
Art. 15. As operadoras que ainda não recolheram a TRO e/ou TRP ficam obrigadas a fazê-lo no curso dos processos para obtenção da autorização de funcionamento dispostos pela RN Nº 85/04.
Art. 16. Ficam isentas de recolhimento da TAO relativa a alterações de dados referentes à operadora, as alterações de número de telefone, fax, endereço para correspondência, endereço de e-mail (internet) da operadora e do representante, indicação do contador, auditor independente e atuário.
Parágrafo único. Os atos que alterem nome fantasia, endereço da sede da Operadora ou representante legal e/ou representante junto à ANS observarão os valores do Anexo IV desta Resolução[2], de acordo com o previsto no art. 20, §4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.[3]
Art. 17. Ficam isentas de recolhimento da TAP, as alterações de dados de produtos relativas às situações previstas no inciso III do art. 22 da RN Nº 85/04.

[1] O art. 12 está alterado conforme art. 1° da RN nº 101/2005.
[2] O Anexo IV está alterado conforme art. 2° da RN nº 101/2005 e o Anexo V foi revogado conforme art. 3° da RN nº 101/2005.
[3] O Parágrafo único do art. 16 está alterado conforme art. 1º da RN nº 101/2005.

Parágrafo único. Para se habilitar às isenções previstas no *caput* deste artigo, a operadora deverá, no processo específico,enviar declaração formal de que não haverá alteração na contraprestação pecuniária devida pelo beneficiário.

Art. 17-A. Também estão isentas do recolhimento da TAP as seguintes alterações de dados do produto, conforme autoriza o art. 20, §4º, da Lei nº 9.961, de 2000:[1]

I - A alteração da relação com a entidade hospitalar (indireta/direta);

II - A informação do novo CNPJ e Registro na ANS da operadora responsável pela contratação direta do prestador hospitalar;

III - As atualizações dos cadastros dos prestadores hospitalares vinculados aos planos de saúde da operadora, inclusive as motivadas por encerramento das atividades.

Art. 18. O recolhimento da TAP nos processos de rede hospitalar será feito por registro indicado para alteração.[2]

§1º Quando o pedido de alteração de dados de produto envolver movimentação de prestador hospitalar que também é contratado de forma indireta por outras operadoras, deverá ser recolhida TAP pela operadora que mantém a relação direta com o prestador, satisfeitos os requisitos do art. 20, §4º, da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.[3]

§2º Revogado.

§3º Revogado.[4]

Art. 19. Os comprovantes de recolhimento relativos às taxas referidas no artigo 14 desta resolução, recolhidas anteriormente à data de vigência desta Resolução, cujos requerimentos não tenham sido postados/protocolizados, poderão ser encaminhados à ANS para fins de restituição devolução ou compensação dos respectivos valores, observado o disposto no art. 26, desta Resolução e mediante requerimento formal da operadora.

§1º Não serão objeto de devolução ou compensação os valores recolhidos referentes às Taxas previstas no *caput* deste artigo, caso já tenha sido exercido o poder de polícia da ANS.

§2º A operadora deverá informar, no requerimento, o código constante do campo "Nosso Número" do Documento de Arrecadação de Receitas da ANS - DANS ou GRU recolhida.

Art. 20. As operadoras com menos de vinte mil beneficiários farão jus a um desconto de 50% (cinqüenta por cento) sobre os valores constantes no Anexo III desta Resolução.

Art. 21. O recolhimento de multas, na forma estabelecida pela Resolução - RDC nº 24, de 3 de junho de 2000; pelo §1º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000; e pelo §6º do art. 19 da Lei nº 9.656, de 1998, deverá ser efetuado por meio da correspondente GRU, a ser emitida pela Diretoria de Gestão, com base em informações geradas pela Diretoria de Fiscalização e, e será remetida o à operadora, por via postal, até que haja disponibilização de sistema que permita emissão eletrônica da GRU pela própria Operadora.

Parágrafo único. As multas aplicadas na forma do disposto no *caput* deste artigo, terão seu valor líquido e certo e sua data de vencimento expressos na correspondente GRU.

Art. 22. A operadora que não comprovar o recolhimento ou a suspensão da exigibilidade do crédito tributário em razão de processo administrativo ou judicial, sujeitar-se á:

I – Inscrição Inclusão no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal - CADIN;

II – Inscrição na Dívida Ativa da ANS.

Art. 23. O pagamento do valor(es) constante(s) da GRU poderá ser efetuado em qualquer agência bancária integrante do Sistema Nacional de Compensação.

§1º O pagamento em cheque, de qualquer praça, será aceito desde que emitido pela própria operadora e no valor estabelecido na GRU.

§2º A quitação da GRU dar-se-á após a compensação do respectivo cheque.

§3º Os valores vencidos e não pagos serão cobrados, administrativa ou judicialmente, de acordo com os Termos da RN Nº 46, de 4 de setembro de 2003.

Art. 24. Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar e das multas pecuniárias poderão ser parcelados, na forma do disposto na Resolução Normativa – RN Nº 4 de 22 de abril de 2002.

Art. 25. Poderá ser requerida a devolução/compensação de valores decorrentes de qualquer receita da ANS, resguardadas as condições previstas no art. 19 desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

---

[1] O art. 17-A foi acrescido conforme art. 1° da RN nº 101/2005.

[2] O art. 18 foi alterado pela RN nº 97/2005 e repristinado pela RN nº 98/2005.

[3] O §1º do art. 18 foi alterado e o §2º foi revogado conforme art. 1º da RN nº 179/2008.

[4] O § 3º do art. 18 foi revogado, conforme art. 5º da RN nº 356/2014.

I - cobrança ou pagamento espontâneo efetuado de forma indevida, ou maior que o devido;
II - reforma, anulação, revogação ou rescisão de decisão condenatória, em razão de processo administrativo ou judicial.

Art. 26. A restituição devolução/compensação de valores pagos ou recolhidos indevidamente, nas hipóteses previstas no artigo anterior, estará condicionada à apresentação de requerimento pela operadora, devidamente justificado e protocolado na Sede da ANS, acompanhado de cópia do respectivo DANS comprovante de recolhimento.

§1º O requerimento deverá conter, além da justificativa, a base de cálculo efetiva, o valor da receita arrecadada, o valor efetivamente devido e o saldo a restituir devolver/compensar.

§2º No requerimento deverão constar ainda, para fins de identificação da operadora, a Razão Social, o número do Registro junto à ANS, o número de inscrição no CNPJ, o nome do banco, o número da agência e o número da conta corrente.

Art. 27. As instruções para preenchimento dos dados e emissão e emissão da GRU estarão disponibilizadas na Internet, no endereço: http://www.ans.gov.br.

Art. 28. As normas complementares à aplicação do disposto nesta Resolução serão expedidas pelo Diretor responsável pela Diretoria de Gestão.

Art. 29. Ficam revogadas as Resoluções de Diretoria Colegiada nº 6, de 18 de fevereiro de 2000; nº 10, de 3 de março de 2000; nº 14, de 30 de março de 2000; nº 23, de 6 de junho de 2000; §2º do art. 6º e §2º do art. 8º da RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, §3º do art. 1º da RDC nº 5, de 18 de fevereiro de 2000, e revogada a Resolução Normativa nº 7, de 15 de maio de 2002.

Art. 30. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ LEÔNCIO DE ANDRADE FEITOSA
Diretor-Presidente Substituto

ANEXO I

TPS – VENCIMENTO

MÊS DE RECOLHIMENTO	PERÍODO BASE DE CÁLCULO
Março	Dezembro, Janeiro e Fevereiro
Junho	Março, Abril e Maio
Setembro	Junho, Julho e Agosto
Dezembro	Setembro, Outubro e Novembro

ANEXO II

TABELA I
TPS – DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	DESCONTO (%)
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

TABELA II
TPS – DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-ODONTOLÓGICA OFERECIDA

COBERTURA	DESCONTO (%)
Ambulatorial (A)	20
A + Hospitalar (H)	6
A + H + Odontológico (O)	4
A + H + Obstetrícia (OB)	4
A + H + OB + O	2
A + O	14
H	16
H + O	14
H + OB	14
H + OB + O	12
O	32

ANEXO III

ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR	VALOR (R$)
Registro de Produto - TRP	1.000,00
Registro de Operadora - TRO	2.000,00
Alteração de Dados de Produto - TAP	500,00
Alteração de Dados de Operadora - TAO	1.000,00
Pedido de Reajuste de Contraprestação - TRC	1.000,00

ANEXO IV[1]

TAO – TAXA DE ALTERAÇÃO DE DADOS DA OPERADORA EM PROCESSO DE ATOS INDICADOS NO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 16

ATO	VALOR DA TAO (R$)
Alteração do nome fantasia (com ou sem alteração do contrato ou estatuto)	500,00
Alteração do endereço da sede da operadora (com ou sem alteração do contrato ou estatuto)	500,00
Alteração do representante legal ou representante junto à ANS (com ou sem alteração do contrato ou estatuto)	500,00

ANEXO V – Revogado.[2]

[1] O anexo IV está alterado conforme RN nº 101/2005.
[2] O anexo V está revogado conforme RN nº 101/2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 94, DE 23 DE MARÇO DE 2005[1,2]

Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições legais conferidas pelo art. 35-A, parágrafo único, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e pelo art. 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 09 de março de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação nos seguintes termos:

Art. 1º Esta Resolução Normativa estipula critérios de diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco definida na Resolução RDC Nº 77, de 17 de julho de 2001, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de doença de seus beneficiários.

Parágrafo único. O disposto nesta resolução não se aplica às seguradoras especializadas em saúde.[3]

Art. 2º A cobertura da totalidade da provisão de risco, calculada conforme art. 7º da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, com ativos garantidores prevista na Resolução RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, poderá ser feita com os seguintes percentuais:

a) 20% (vinte por cento) até o 1º dia do mês seguinte à entrada em vigor do presente ato normativo;
b) 40% (quarenta por cento) até 1º de julho de 2005;
c) 60% (sessenta por cento) até 1º de julho de 2006;
d) 80% (oitenta por cento) até 1º de julho de 2007; e
e) 100% (cem por cento) até 1º de julho de 2008.

Parágrafo único. O disposto neste artigo também abrange as operadoras que já tiverem efetuado a cobertura da provisão de risco.

Art. 3º Somente serão consideradas aptas a se habilitarem aos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças desta Resolução as operadoras de planos de assistência à saúde que cumprirem as seguintes exigências:

I - envio completo das informações dos seguintes sistemas cadastrais da ANS:
a) Sistema de Informação de Produtos - SIP;
b) Sistema de Informações de Beneficiários - SIB; e
c) Documento de Informações Periódicas - DIOPS;
II - estarem adimplentes com o pagamento da Taxa de Saúde Suplementar - TSS.

Parágrafo único. A ANS poderá estabelecer, a qualquer momento, outros critérios e requisitos mínimos para viabilidade, acompanhamento e aprovação dos respectivos programas.

Art. 4º Os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças deverão ser apresentados à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO até o dia 22 de agosto de 2005, observando-se todos os requisitos previstos nesta Resolução e demais atos normativos pertinentes.[4]

Art. 5º A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO ouvirá a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES e decidirá acerca dos programas propostos, recusando os programas que não atenderem os critérios de avaliação adotados ou quando ausentes às condições previstas no art. 3º desta Resolução ou em demais atos normativos pertinentes.

§1º O formato, conteúdo dos critérios de avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doença desenvolvidos pelas operadoras, serão definidos em instrução normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

[1] Publicada no DOU em 24/03/2005, seção 1, p. 44.

[2] Republicada no DOU em 28/03/2005, seção 1, p. 59, por ter saído no DOU nº 57, de 24/03/2005, seção 1, p. 44, com incorreção no original.

[3] O parágrafo único do art. 1º está alterado conforme art. 10 da RN nº 148/2007.

[4] O art 4º está alterado conforme art. 1º da RN nº 105/2005.

§2º A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, em razão da decisão da DIPRO que conclua pelo descumprimento, a qualquer tempo, de qualquer um dos critérios e requisitos estabelecidos para a implementação e acompanhamento dos programas de promoção à saúde e prevenção de doença, excluirá a operadora de planos de assistência à saúde da participação do processo de diferimento da cobertura da provisão de risco, sendo obrigatória à cobertura integral da provisão de risco, conforme disposto na RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004.
§3º Da decisão da DIPRO caberá recurso no prazo de 10 (dez) dias para a Diretoria Colegiada.
§4º O recurso será interposto perante o órgão prolator da decisão recorrida, que se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, o encaminhará para a Diretoria Colegiada.
Art. 6º As operadoras que iniciaram a operação em data posterior à vigência da RDC nº 77 deverão cobrir 100% (cem por cento) da provisão de risco calculada.
Art. 7º O art. 14 da RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 14. As operadoras deverão comprovar a adequação dos ativos garantidores até o dia 19 de setembro de 2005."
Art. 8º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 103, DE 17 DE JUNHO DE 2005[1]

Dispõe sobre o lançamento da Taxa de Saúde Suplementar, instituída pela Lei nº 9.961, de 2000, regulamenta o processo administrativo fiscal no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tendo em vista o disposto no art. 4º, inciso XXXVIII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no art. 38 do Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972 e no art. 100, inciso I, da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966, em reunião realizada em 01 de junho de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução disciplina o regime jurídico de lançamento, o processo administrativo fiscal de cobrança dos créditos tributários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e estabelece normas de fiscalização tributária no âmbito da Agência.

Art. 2º A exigência do crédito tributário será formalizada por meio de Notificação Fiscal de Lançamento – NFL, e a aplicação isolada de penalidade administrativa por infração a normas de natureza tributária por Auto de Infração Fiscal - AIF.

Parágrafo único. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar e das penalidades administrativas isoladas, nos termos do artigo 19, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, as pessoas jurídicas que operem planos privados de assistência à saúde, nos termos do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como as demais pessoas consideradas pela legislação específica como responsáveis tributários.

CAPÍTULO II
DO LANÇAMENTO

Art. 3º Compete à Gerência de Finanças – GEFIN realizar o lançamento dos créditos tributários correspondentes à Taxa de Saúde Suplementar, prevista no artigo 18 da Lei nº 9.961, de 2000, nos termos do artigo 142 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 – Código Tributário Nacional.

Art. 4º O lançamento da Taxa de Saúde Suplementar será feito na modalidade "por homologação", prevista no artigo 150 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional).

Parágrafo único. O lançamento por homologação da Taxa de Saúde Suplementar abrangerá às hipóteses de incidência previstas nos incisos I e II do artigo 20 da Lei nº 9.961, de 2000.

Art. 5º O pagamento da Taxa de Saúde Suplementar prevista no inciso I do artigo 20 da Lei nº 9.961, de 2000, deverá ser efetuado, por iniciativa do sujeito passivo, sempre até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada exercício financeiro, na forma da Resolução Normativa - RN Nº 89, de 16 de fevereiro de 2005.

Parágrafo único. Caso o pagamento não ocorra no prazo definido no *caput*, considera-se vencida a obrigação tributária.

Art. 6º Após o encerramento do exercício financeiro de ocorrência do fato gerador da Taxa de saúde Suplementar prevista no inciso I do art. 20 da Lei nº 9.961, de 2000, e após o vencimento da Taxa de Saúde Suplementar prevista no art. 20, inciso II, do mesmo diploma legal, verificando estar correto o valor pago, a GEFIN deve expressamente homologar o pagamento, extinguindo-se o crédito tributário.

Art. 7º Verificando pagamento de obrigação tributária a menor, deve a GEFIN expressamente não o homologar, expedindo, de ofício, Notificação Fiscal de Lançamento – NFL, para que o sujeito passivo,

[1] Publicada no DOU em 20/06/2005, seção 1, p. 78. Os Anexos estão disponíveis para consulta no site da ANS (www.ans.gov.br). As alterações levam em consideração a RN nº 174/2008, republicada no DOU de 08/09/2008, seção 1, p. 30, por ter saído no DOU nº 160 de 20/8/2008, Seção 1, pág. 65, com incorreções no original.

no prazo de trinta dias, pague a diferença do principal, adicionada dos acréscimos legais, ou apresente impugnação.
§1º A multa de mora e os juros moratórios serão calculados sobre o valor da diferença do principal.
§2º A NFL, na hipótese do *caput* deste artigo, discriminará de forma inequívoca que a diferença do principal apurada inclui necessariamente a conseqüência econômica da perda integral do direito aos descontos previstos na regulamentação vigente.[1]
Art. 8º Verificando que o sujeito passivo não realizou voluntariamente pagamento algum, a GEFIN procederá lançamento de ofício no qual apurará o valor principal, acrescido da multa de mora e juros, incluindo-se a eventual perda de descontos, expedindo Notificação Fiscal de Lançamento - NFL para que o sujeito passivo pague ou apresente impugnação no prazo de trinta dias.
Art. 9º Se o sujeito passivo não fornecer o número de beneficiários referente a alguma parcela vencida, a GEFIN efetuará o lançamento de ofício com base em informações existentes em banco de dados da ANS acerca daquele número.
Art. 10. Inexistindo informações na ANS para aferição da base de cálculo da Taxa de Saúde Suplementar, ou havendo dúvidas quanto à exatidão, é permitido a GEFIN realizar o cálculo do tributo por arbitramento, nos termos do artigo 148 do Código Tributário Nacional, dos anexos da Lei 9.961, de 2000 e do anexo desta Resolução.[2]
§1º Revogado.[3]
§2º Revogado.
Art. 11. Durante a vigência de medida judicial suspendendo a exigibilidade de crédito tributário, a GEFIN deverá expedir Notificação Fiscal de Lançamento contra o sujeito passivo favorecido pela decisão, relativamente à matéria sobre que versar a referida ordem/medida, a fim de evitar a consumação do prazo decadencial.
§1º Uma vez efetuado o lançamento previsto no *caput*, o sujeito passivo será devidamente notificado, com o esclarecimento de que a exigibilidade do crédito tributário permanece suspensa durante a vigência da medida judicial.
§2º Na hipótese do lançamento previsto no *caput*, o processo administrativo fiscal prosseguirá até a decisão final, ficando a inscrição em Dívida Ativa, o ajuizamento da execução fiscal e a inscrição no CADIN sobrestados até a cessação dos efeitos da decisão que suspendeu a exigibilidade do crédito tributário.
Art. 12. A notificação fiscal de lançamento - NFL conterá obrigatoriamente:
I – a qualificação do sujeito passivo;
II – o valor do crédito tributário e o prazo para pagamento ou impugnação;
III – o fundamento legal do crédito;
IV – a competência a que se refere o crédito;
V – a disposição legal infringida, se for o caso; e
IV – a assinatura do Diretor-Presidente ou servidor autorizado e a indicação de seu cargo ou função e o número da matrícula.[4]
Parágrafo único. Prescinde de assinatura a notificação de lançamento emitida por processo eletrônico.

CAPÍTULO III
DA ATIVIDADE DE FISCALIZAÇÃO

Art. 13. A atividade interna de fiscalização para verificação e lançamento de débitos e infrações de natureza tributária compete à GEFIN.[5]
Art. 14. A atividade externa de fiscalização para verificação e lançamento de débitos e infrações de natureza tributária compete à Diretoria de Fiscalização, a requerimento da GEFIN.
Parágrafo único. A GEFIN poderá auxiliar a Diretoria de Fiscalização na atividade externa de fiscalização às operadoras para a verificação e lançamento de débito e infrações de natureza tributária.[6]

---

[1] O §2º do art. 7º foi alterado conforme art. 2º da RN nº 174/2008.
[2] O *caput* do art. 10 está alterado conforme o art. 2º da RN nº 174/2008.
[3] Os §§1º e 2º do art. 10 foram revogados conforme art. 4º da RN nº 174/2008.
[4] O inciso VI do art. 12 está alterado conforme o art. 2º da RN nº 174/2008.
[5] O art. 13 está alterado conforme o art. 2º da RN nº 174/2008.
[6] O *caput* do art. 14 foi alterado e incluído o parágrafo único conforme art. 2º da RN nº 174/2008.

Art. 15. O auto de infração fiscal - AIF será lavrado por servidor competente, no local da verificação da falta, e conterá obrigatoriamente:
I - a qualificação do autuado;
II - o local, a data e a hora da lavratura;
III - a descrição do fato;
IV - a disposição legal infringida e a penalidade aplicável;
V - a determinação da exigência e a notificação para cumpri-la ou impugná-la no prazo de trinta dias; e
VI - a assinatura do autuante e a indicação de seu cargo ou função e o número de matrícula.
Art. 16. O servidor que verificar a ocorrência de infração a normas relativas à Taxa de Saúde Suplementar, comunicará à chefia imediata que adotará as providências necessárias.

CAPÍTULO IV
DA COMUNICAÇÃO DOS ATOS

Art. 17. Far-se-á a intimação:
I - pessoal, pelo autor do procedimento ou por agente do órgão no qual o processo se desenvolve, na repartição ou fora dela, provada com a assinatura do sujeito passivo, seu mandatário ou preposto, ou, no caso de recusa, com declaração escrita de quem o intimar;
II - por via postal, telegráfica ou por qualquer outro meio ou via, com prova de recebimento no endereço informado pela operadora e constante no cadastro da Agência;
III - por edital, quando resultarem improfícuos os meios referidos nos incisos I e II.
§1º O edital será publicado, uma única vez, em órgão de imprensa oficial local, ou afixado em dependência, franqueada ao público, do órgão encarregado da intimação.
§2º Considera-se feita a intimação:
I - na data da ciência do intimado ou da declaração de quem fizer a intimação, se pessoal;
II - no caso do inciso II do *caput* deste artigo, na data do recebimento ou, se omitida, quinze dias após a data da expedição da intimação; ou
III - quinze dias após a publicação ou afixação do edital, se este for o meio utilizado.
§3º Os meios de intimação previstos nos incisos I e II deste artigo não estão sujeitos a ordem de preferência.

CAPÍTULO V
DA FASE LITIGIOSA DO PROCESSO ADMINISTRATIVO FISCAL

Art. 18. A impugnação da exigência instaura a fase litigiosa do procedimento, e suspende a exigibilidade do crédito tributário, nos termos do artigo 151, inciso III, do Código Tributário Nacional.
Art. 19. A impugnação formalizada por escrito e instruída com os documentos em que se fundar, será apresentada na sede da ANS no prazo de trinta dias a contar da data em que for feita a intimação da exigência.
§1º No caso do impugnante ter domicílio em estado diverso da sede da Agência, este poderá apresentar a impugnação por via postal, com aviso de recebimento e devidamente registrada, considerando-se a data da postagem para efeitos de aferir a tempestividade.
§2º Na hipótese de devolução do prazo para impugnação do agravamento da exigência pecuniária inicial, decorrente de decisão de primeira instância, o prazo de 30 dias para apresentação de nova impugnação recomeçará a fluir a partir da ciência de tal decisão.
Art. 20. A impugnação mencionará:
I - a autoridade julgadora a quem é dirigida, nos termos do artigo 24 da presente Resolução;
II - a qualificação do impugnante;
III - os motivos de fato e de direito em que se fundamenta, os pontos de discordância e as razões jurídicas e provas que possuir;
IV - diligências ou perícias que pretenda sejam efetuadas , expostos os motivos que as justifiquem, com a formulação dos quesitos referentes aos exames desejados.
V - se a matéria impugnada foi submetida à apreciação judicial, devendo ser juntada cópia da petição.[1]
Art. 21. A prova documental será apresentada na impugnação, precluindo o direito de o impugnante fazê-lo em outro momento processual, a menos que:

[1] O inciso V do art. 20 foi acrescido conforme art. 2º da RN nº 174/2008.

I - fique demonstrada a impossibilidade de sua apresentação oportuna, por motivo de força maior;
II - refira-se a fato ou a direito superveniente; ou
III - destine-se a contrapor fatos ou razões posteriormente trazidas aos autos.

Art. 22. Considerar-se-á não impugnada a matéria que não tenha sido expressamente contestada pelo impugnante, ficando definitivamente constituído o crédito correspondente à parte incontroversa.

Art. 23. A autoridade julgadora de primeira instância determinará, de ofício ou a requerimento do impugnante, a realização de diligências ou perícias que julgar necessárias, indeferindo, fundamentadamente, as que entender impertinentes.

§1º Determinando de ofício ou deferindo requerimento do impugnante, a autoridade indicará a forma de realização da diligência ou perícia.

§2º Quando em exames posteriores, diligências ou perícias, realizados no curso do processo, forem verificadas incorreções, omissões ou inexatidões de que resultem agravamento da exigência inicial, inovação ou alteração da fundamentação legal da exigência, será lavrado auto de infração ou emitida notificação de lançamento complementar, devolvendo-se ao sujeito passivo, prazo para impugnação no concernente à matéria modificada.

Art. 24. O julgamento do processo administrativo fiscal compete:
I - em primeira instância ao Diretor-Presidente, que poderá delegar; e [1]
II - em segunda instância à Diretoria Colegiada.

Art. 25. A decisão de primeira instância conterá relatório resumido do processo, fundamentos legais, conclusão e ordem de intimação, devendo referir-se, expressamente, a todas as notificações fiscais de lançamento - NFL e autos de infração fiscal - AIF do processo, bem como às razões de defesa suscitadas pelo impugnante contra todas as exigências.

Art. 26. As inexatidões materiais e os erros de escrita ou de cálculos existentes na decisão poderão ser corrigidos pela autoridade julgadora de ofício ou a requerimento do impugnante.

Art. 27. Da decisão de primeira instância caberá recurso voluntário, total ou parcial, com efeito suspensivo, no prazo de trinta dias da sua intimação.[2]

§1º O recurso voluntário será interposto perante o Diretor-Presidente, que encaminhará o processo para a Diretoria Colegiada;

§2º O Diretor-Presidente recorrerá de ofício à Diretoria Colegiada sempre que a sua decisão exonerar parcial ou totalmente o sujeito passivo do pagamento do tributo ou multa fiscal, bem como deixe de aplicar penalidade administrativa invocada na NFL ou no AIF, em valor total superior a R$ 40.000,00 (quarenta mil reais);

§3º O recurso de ofício será interposto mediante declaração na própria decisão;

§4º No caso de provimento a recurso de ofício, a operadora poderá interpor pedido de reconsideração da decisão à Diretoria Colegiada, no prazo de 10 dias contados a partir da ciência, pelo sujeito passivo, da decisão proferida no julgamento do recurso de ofício.

Art. 28. Previamente ao julgamento de recurso voluntário ou de ofício, os processos poderão ser encaminhados pela Diretoria Colegiada à Procuradoria Federal junto a ANS para elaboração de parecer nos casos em que haja necessidade de manifestação jurídica, ou seja, quando houver controvérsia jurídica relevante ou complexa.[3]

Art. 29. São definitivas, no âmbito administrativo da ANS, as decisões:
I – do Diretor-Presidente, esgotado o prazo para recurso voluntário sem que este tenha sido interposto; [3]
II – da Diretoria Colegiada.

Parágrafo único. Serão também definitivas as decisões do Diretor-Presidente na parte que não for objeto de recurso voluntário e não estiver sujeita a reexame necessário.

Art. 30. A decisão definitiva contrária ao sujeito passivo será cumprida no prazo máximo de trinta dias, contados de sua ciência.

Parágrafo único. Esgotado o prazo de cobrança administrativa sem que tenha sido pago o crédito tributário, a Gerência de Arrecadação e Finanças declarará o sujeito passivo devedor remisso e encaminhará o processo à Procuradoria Federal junto a ANS para inscrição em dívida ativa, inclusão do nome do devedor no CADIN e ajuizamento de execução fiscal.

---

[1] O inciso I do art. 24 está alterado conforme art. 2º da RN nº 174/2008.

[2] No art. 27 foram alterados os §§1º e 2º e acrescidos os §§3º e 4º conforme art. 2º da RN nº 174/2008.

[3] O art. 28, os incisos I e II e o § único do art. 29 e o art. 31, foram alterados conforme art. 2º da RN nº 174/2008.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31. As normas para detalhar o disposto nesta Resolução serão expedidas pelo Diretor-Presidente.
Art. 32. Aplicam-se subsidiariamente ao procedimento administrativo fiscal, no que couber, as disposições da Lei nº 5.172, de 1966, do Decreto nº 70.235, de 1972 e da Lei nº 9.784, de 1999.
Art. 33. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 112, DE 28 DE SETEMBRO DE 2005[1]

Dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 10, inciso II da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando as disposições contidas no inciso XXXV do art. 4º do mesmo diploma legal e o *caput* e §5º do art. 24 e art. 25, VI, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e diante da necessidade de estabelecer disposições relativas à transferência da carteira das operadoras de planos de saúde, em reunião realizada em 15 de setembro de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a alienação da carteira de beneficiários das operadoras de planos de assistência à saúde, assim definidas no inciso II do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no art. 2º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.[2]

Art. 2º A operação de alienação de carteira entre as operadoras de planos de assistência à saúde será efetuada das seguintes formas:

I – por ato voluntário da operadora, denominando-se transferência voluntária da carteira; ou

II – por determinação da ANS, através de decisão da Diretoria Colegiada, denominando-se transferência compulsória da carteira.

§1º É vedada a aquisição de carteira de beneficiários por operadora sob regime especial, plano de recuperação assistencial, procedimentos de adequação econômico-financeira ou que esteja em situação irregular quanto ao processo de autorização de funcionamento.[3]

§2º A ANS poderá determinar exigências adicionais a serem observadas pela operadora alienante e adquirente, em especial quanto aos aspectos econômicos e financeiros.

CAPÍTULO II
DA ALIENAÇÃO VOLUNTÁRIA DA CARTEIRA

Art. 3º A alienação voluntária da carteira, que poderá total ou parcial, deverá ser realizada mediante prévia autorização ANS. [4]

§1º A minuta do instrumento jurídico de alienação a utilizada pelas operadoras deve ser encaminhada a ANS com antecedência mínima de trinta dias da data pretendida para efetivação da transferência, assim como, as minutas da comunicação individual aos beneficiários da carteira a ser alienada e do texto para publicação em jornal.

§2º As operadoras classificadas na modalidade de autogestão não poderão alienar sua carteira de planos para operadoras de mercado, devendo ser informada à ANS qualquer movimentação ou nova contratação para a integralidade de seus beneficiários.

§3º As operadoras classificadas na modalidade de autogestão que optarem pela constituição de outra entidade de autogestão para transferir a totalidade de sua operação, nas condições vigentes, deverão informar sua decisão à ANS e enviar o instrumento de transferência e as informações especificadas nos anexos. [5]

Art. 4º A operação de alienação de carteira voluntária, seja ela total ou parcial, deverá manter integralmente as condições vigentes dos contratos adquiridos sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários.

---

[1] Publicada no DOU em 28/09/2005, seção 1, p. 48. Os Anexos da presente Resolução devem ser consultados no site da ANS por meio da RN nº 145/2007.

[2] O art. 1º foi alterado, conforme art. 14 da RN nº 384.

[3] O §1º do art. 2º está alterado conforme art. 36 da RN nº 307/2012.

[4] O *caput* do art. 3º e seu §1º estão alterados conforme art. 1º da RN nº 145/2007.

[5] O §3º do art. 3º está alterado conforme art. 11 da RN nº 148/2007.

§1º É vedado o estabelecimento de quaisquer carências adicionais nestes contratos, bem como a alteração das cláusulas de reajuste de contraprestação pecuniária, inclusive em relação à data de seu aniversário.
§2º A alteração da rede hospitalar credenciada ou referenciada deverá obedecer ao disposto no art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998.
§3º Na operação de alienação de carteira fica vedada a interrupção da prestação de assistência aos beneficiários da carteira da operadora alienante, principalmente aos que estejam em regime de internação hospitalar ou em tratamento continuado.
§4º No período de transição ocorrido entre a celebração do negócio jurídico de transferência da carteira e a assunção desta pela operadora adquirente, a responsabilidade pela prestação da assistência médico hospitalar e/ou odontológica permanece com a operadora alienante.
Art. 5º A operadora adquirente deverá encaminhar à ANS os termos de responsabilidade e as informações explicitadas nos Anexos I e II, juntamente com a solicitação de autorização prévia.[1]
§1º Para pleno atendimento ao disposto nos artigos 4º, 6º e 7º desta Resolução Normativa, se a análise das informações prestadas na forma dos Anexos I e II, evidenciar a necessidade de esclarecimentos ou acertos, a ANS poderá indicar às operadoras que implementem ajustes operacionais ou nos documentos.
§2º A ANS poderá requisitar informações adicionais para avaliação de qualquer alienação.
§3º Na hipótese do §3º do art. 3º é necessária a comprovação da comunicação individual aos participantes da carteira, bem como a publicação da referida transferência em meios de comunicação da patrocinadora.
Art. 6º As minutas do instrumento de cessão de carteira, da comunicação individual aos beneficiários e da publicação em jornal deverão ser protocolizadas na sede da ANS juntamente com o pedido de autorização, sendo da adquirente e, subsidiariamente, da alienante, a responsabilidade pelo encaminhamento dos documentos a ANS.[2]
§1º O instrumento definitivo de cessão de carteira deverá conter cláusula expressa:
I - explicitando que a operadora adquirente assume a responsabilidade prevista no artigo 4º perante os beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.
II - definindo a responsabilidade da dívida com a rede de prestadores da operadora alienante.
III - informando que a transferência da carteira será efetivada no primeiro dia do mês subseqüente à autorização a que alude o art. 3º.
§2º O instrumento definitivo de cessão de carteira deverá ser registrado no cartório competente e protocolizado na sede da ANS até vinte dias contados da data da autorização.
Art. 7º Após o registro a que alude o artigo anterior, a adquirente deverá comunicar todos os consumidores integrantes da carteira da alienante por meio de comunicação individual e mediante publicação em jornal de grande circulação na sua área de atuação. [3]
§1º A cópia da publicação em jornal de grande circulação deverá ser encaminhada a ANS pela adquirente no prazo de cinco dias contado da data da publicação.
§2º A operadora adquirente deverá encaminhar à ANS, até 15 (quinze) dias após a data da efetiva implantação da transferência, amostra da comprovação do envio, do recebimento e do modelo da comunicação individual.
§3º A operadora alienante deverá encaminhar a ANS, no prazo de quarenta e cinco dias contado da data da efetiva implantação da transferência da carteira, amostra da comprovação do envio do arquivo de atualização de dados do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB, excluindo os beneficiários transferidos.
§4º A operadora adquirente deverá protocolizar nesta Agência, em até trinta dias da data da efetiva implantação da transferência, documento com projeções econômico-financeiras mensais da carteira total com a nova composição, para os próximos doze meses, apresentando-se os grupos Ativo, Passivo e Demonstração de Resultados.
Art. 8º A alienação voluntária parcial se configura pela transferência de parte dos contratos previstos no inciso III do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998 de uma operadora para outra, conforme as especificidades abaixo descritas, ou outra que venha a ser autorizada pela ANS:
I - quanto ao marco legal:
• transferência de todos os contratos novos;

[1] O art. 5º, *caput* e §1º, está alterado conforme art. 1º da RN nº 145/2007.
[2] O art. 6º, *caput*, §1º, III e §2º, está alterado conforme art. 1º da RN nº 145/2007.
[3] O art. 7º, *caput*, §1º, §3º e §4º, está alterado conforme RN nº 145/2007.

• transferência de todos os contratos anteriores à Lei 9656, de 1998; ou
• transferência de todos os contratos de planos cujos registros provisórios não forem adequados aos dispositivos e prazos para registro de produtos da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005.
II - quanto à segmentação assistencial:
• transferência de todos os planos de segmentação exclusivamente odontológicos;
• transferência de todos os planos de segmentação ambulatorial;
• transferência de todos os planos de segmentação médico – hospitalar com obstetrícia; ou
• transferência de todos os planos de segmentação médico – hospitalar sem obstetrícia.
III - quanto à abrangência geográfica: transferência de todos os planos de uma determinada abrangência (Nacional, Estadual, Municipal, Grupo de Estados ou Municípios).
IV - quanto aos beneficiários de determinadas localidades: transferência de todos os beneficiários de determinado(s) plano(s) que residem em certa(s) localidade(s).
V - quanto ao tipo de contratação: [1]
a) transferência de todos os planos coletivos;
b) transferência de todos os planos individuais/familiares;
VI - quanto à formação do preço:
a) transferência de todos os planos pré-estabelecidos;
b) transferência de todos os planos pós-estabelecidos;
c) transferência de todos os planos mistos.
Parágrafo único. As solicitações de fracionamento da carteira com indícios de discriminação a pessoas físicas ou jurídicas, em razão dos contratos, doenças ou desequilíbrio econômico-financeiro, não receberão autorização para implementação.

CAPÍTULO III
DA TRANSFERÊNCIA COMPULSÓRIA DA CARTEIRA

Art. 9º A ANS, por decisão da Diretoria Colegiada, determinará a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde nos seguintes casos:
I - por insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde;
II - na vigência de regime de direção fiscal e/ou de direção técnica após análise do relatório circunstanciado contendo análise das condições técnicas, administrativas ou econômico-financeiras que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde e justifiquem a medida;
III - em virtude do cancelamento da autorização de funcionamento pela ANS nos termos do art. 25 da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005; ou
IV - em decorrência de decisão administrativa não sujeita a recurso de aplicação da penalidade prevista no inciso VI do art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 10. As operadoras de planos de assistência à saúde terão prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data do recebimento do comunicado da decisão da Diretoria Colegiada para promover a alienação compulsória, na forma do capítulo anterior, a qual necessitará de autorização prévia da ANS para sua efetivação, protocolando os documentos necessários antes do termo final.
§1º Por decisão da Diretoria Colegiada da ANS, diante de situação justificadora, o prazo previsto no *caput* poderá ser prorrogado por 15 (quinze) dias uma única vez.
§2º Se para atender ao disposto no *caput* for necessário parcelar a carteira, estas alienações para mais de uma operadora serão permitidas desde que observem as especificidades dispostas no art. 8º e garantam a continuidade do atendimento a todos os beneficiários envolvidos.
§3º A aquisição da carteira somente será autorizada após análise da situação econômico-financeira da adquirente, aplicando-se, ainda, as previsões do art. 4º desta Resolução.
§4º Não cumprido o prazo previamente estabelecido será realizada oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários da operadora de planos de assistência à saúde, nos termos da RN nº 384, de 4 de setembro de 2015. [2]
Art. 11. Os recursos percebidos na alienação compulsória de carteira deverão ser integralmente depositados em conta corrente mantida pela operadora alienante em instituição financeira oficial e federal. [1]

[1] Os incisos V e VI do art. 8º foram acrescidos conforme art. 3º da RN nº 145/2007.
[2] O § 4º do art. 10 foi alterado, conforme art. 14 da RN nº 384.

Parágrafo único. A conta corrente de que trata o *caput* deste artigo, só poderá ser movimentada com a assinatura do representante legal da operadora, após a autorização expressa do diretor técnico ou fiscal, quando for o caso, ou servidor indicado pela ANS, através de decisão da Diretoria Colegiada.

Art. 12. Aplica-se à operadora adquirente de carteira em alienação compulsória o disposto no §11 do art. 20 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como o art. 15 da Medida Provisória nº 2.189-49, de 23 de agosto de 2001, desde que preenchidos os requisitos previstos nessas normas.

CAPÍTULO IV[2]
DA OFERTA PÚBLICA

Art. 13. Revogado.
Art. 14. Revogado.
Art. 15. Revogado.
Art. 16. Revogado.
Art. 17. Revogado.
Art. 18. Revogado.
Art. 19. Revogado.
Art. 20. Revogado.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. Quaisquer outras operações voluntárias de alienação de carteira das operadoras de planos de assistência à saúde não disciplinadas nesta Resolução, dependem de prévia autorização da ANS.
Art. 22. Revogado[3]
Art. 23. Revogado
Art. 24. Ficam revogadas as Resoluções de Diretoria Colegiada – RDCs nº 25, de 15 de junho de 2000, nº 82, de 16 de agosto de 2001 e nº 84, de 20 de setembro de 2001.
Art. 25. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O art. 11 está alterado conforme art. 1º da RN nº 145/2007.
[2] O Capítulo IV foi revogado, conforme art. 15 da RN nº 384.
[3] Os arts. 22 e 23 foram revogados conforme RN nº 124/2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 113, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005[1]

Institui a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, no âmbito da ANS para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, tendo em vista o disposto no art. 4º, incisos XIX e XXXI, do mesmo diploma legal em reunião realizada em 04 de outubro de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa institui a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH no âmbito da ANS, para acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
Art. 2º Os dados da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH serão obtidos pela Agência através do SISCIH, mantido pelo Departamento de Informática e Informações do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde.
Art. 3º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 14/10/2005, seção 1, p. 31.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 117, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2005[1]

Dispõe sobre a identificação de clientes, manutenção de registros e prevê relação de operações e situações que podem configurar indícios de ocorrência dos crimes previstos na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando o disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, em reunião realizada em xx de xxxxx de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa estabelece medidas para prevenir e combater os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, conforme estabelecido na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, que devem ser observadas pelas operadoras de plano de assistência à saúde reguladas pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e pela Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

CAPÍTULO II
DA IDENTIFICAÇÃO DE CLIENTES E MANUTENÇÃO DE REGISTROS

Art. 2º As operadoras de plano de assistência à saúde estão obrigadas a manter as informações cadastrais dos beneficiários, inclusive dependentes, representantes, prestadores de serviços integrantes ou não da rede credenciada ou referenciada, corretores, sócios, acionistas, administradores e demais clientes, bem como cópias dos documentos que dão suporte às referidas informações, sem prejuízo de outras exigências previstas em regulamentação específica.

§1º O cadastro de que trata o *caput* deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

I – se pessoa física:

a) nome completo;

b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);

c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição ou dados do passaporte ou carteira civil, se estrangeiro;

d) endereço completo (logradouro, complemento, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD; e

e) atividade principal desenvolvida.

II – se pessoa jurídica:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida;

c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

d) endereço completo (logradouro, complemento, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD;

e) nome e qualificação dos representantes legais; e

f) nome da(s) controladora(s), controlada(s) ou coligada(s).

§2º As operadoras de plano de assistência à saúde são responsáveis pela exatidão e atualização das informações cadastrais previstas no §1º.

§3º As operadoras de plano de assistência à saúde, sem prejuízo do disposto no §2º, poderão celebrar convênio ou contrato com instituições financeiras, ou empresas que façam a administração de banco de dados, que possuam cadastros com informações, ou informações e documentos, que atendam ao disposto neste artigo.

[1] Publicada no DOU em 30/11/2005, seção 1, p. 64. Os Anexos da presente Resolução estão disponíveis para consulta no site da ANS (www.ans.gov.br).

§4º A utilização do cadastro previsto no §3º fica condicionada à sua apresentação sempre que solicitado pela ANS.
§5º Os documentos e informações de que trata o *caput*, no caso de seguros ou contratos coletivos empresarial ou por adesão com prêmio ou contraprestação mensal, serão exigidos nos seguintes casos e formas:
I – informações cadastrais: no ato da contratação, e no ato do pagamento do sinistro ou evento ou da devolução de prêmio ou contraprestação pecuniária por cancelamento quando em valor até R$ 10.000,00 (dez mil reais);
II – cópia dos documentos e informações cadastrais:
a) no ato do pagamento do sinistro ou evento quando em valor superior a R$ 10.000,00 (dez mil reais) e acima de 20% (vinte por cento) dos valores estabelecidos na Tabela TUNEP, aprovada pela Resolução RDC nº 17, de 30 de março de 2000; e
b) no ato da devolução de prêmio ou contraprestação pecuniária por cancelamento, quando em valor superior a R$ 10.000,00 (dez mil reais).
§6º No caso de co-seguro apenas a seguradora líder está obrigada a manter os documentos e informações de que trata este artigo.
§7º No caso de pessoa física estrangeira, que contrate serviços prestados com razão justificável ou quando não for possível contratá-los em seu país de origem, é dispensável apresentação da informação prevista no inciso I, b do parágrafo 1º deste artigo.
§8º No caso de comprovação de tentativa de atualização do cadastro em que não foi obtido êxito na totalidade das informações, não será considerada responsável a operadora desde que envie à ANS:
I – o comprovante da tentativa frustrada de atualização do cadastro; e
II – a listagem das informações que estão incompletas com referido motivo justificado.
Art. 3º As operadoras de plano de assistência à saúde manterão registro e cópia dos documentos comprobatórios de quaisquer operações, relacionadas ou não à saúde suplementar, que realizarem, em moeda nacional ou estrangeira, bem como das transações com títulos e valores mobiliários, títulos de créditos, metais, ou qualquer ativo passível de ser convertido em dinheiro, quando o valor da operação for igual ou superior a R$ 10.000,00 (dez mil reais).
Parágrafo único. Aplicar-se-á o disposto no *caput* quando, em um mesmo mês-calendário, se realizarem operações com uma mesma pessoa, conglomerado ou grupo que, em seu conjunto, ultrapassem o limite específico ora fixado.
Art. 4º Os cadastros, registros e documentos mencionados nos arts. 2º e 3º devem ser mantidos organizados, à disposição da ANS, durante o período mínimo de cinco anos, a partir da emissão do(s) documento(s).

CAPÍTULO III
DAS OPERAÇÕES SUSPEITAS

Art. 5º A realização de operações, transações ou a verificação das situações abaixo relacionadas, considerando as partes envolvidas, podem configurar indícios de ocorrência dos crimes previstos na Lei nº 9.613, de 1998:
I – situações relacionadas às atividades das operadoras de plano de assistência à saúde, no que couber:
a) aumentos substanciais no volume dos prêmios ou contraprestação pecuniária sem causa aparente;
b) não manter registro sobre operações realizadas;
c) compra ou venda de ativos por preço significativamente superior ou inferior aos de mercado;
d) mudança repentina e aparentemente injustificada na forma de movimentação de recursos e ou nos tipos de transação utilizados;
e) proposta ou realização de operação financeira ou comercial com pessoa física ou jurídica residente, domiciliada ou sediada em "Países não Cooperantes" ou em locais onde é observada a prática contumaz dos crimes previstos no art. 1º da Lei nº 9.613, de 1998;
f) pagamento de comissão de corretagem à pessoa física ou jurídica baseado em contrato cujo fato gerador esteja desvinculado da intermediação da cobertura de apólice do seguro de saúde ou de contrato de assistência à saúde;
g) reavaliação de imóveis por valores superiores ou inferiores aos de mercado, com sua subseqüente realização pelo valor reavaliado;
h) renovações de contratos ou apólices sem o conhecimento ou consentimento do beneficiário;

i) aumento de sinistro ou evento devido a superavaliação dos mesmos ou falta de documentação comprobatória de sua efetiva ocorrência;
j) emissão de apólice ou contrato de pessoas inexistentes;
k) emissão de apólice ou contrato a pessoa falecida;
l) lançamento de avisos de sinistros ou eventos anteriormente a sua ocorrência;
m) pagamento de sinistro ou evento sem documentação comprobatória da ocorrência do mesmo que lhe deu causa;
n) avaliação ou pagamento de indenização ou reembolso em valor superior ao valor declarado na apólice ou contrato e vigente à época de ocorrência do sinistro ou evento;
o) pagamento de indenização ou reembolso cujo fato gerador esteja desvinculado da cobertura do seguro ou contrato;
p) emissão de apólice ou contrato cujo risco já tenha ocorrido;
q) sinistralidade incompatível com o perfil da carteira;
r) preços de procedimentos diferindo em mais de 50% (cinqüenta por cento) a maior ou a menor da média dos últimos 12 meses referentes ao preço dos mesmos procedimentos pago pela operadora de plano de assistência à saúde, sem que este aumento ou redução tenha ocorrido em função da atualização monetária ou aumento de custo.
II - situações relacionadas aos atos dos beneficiários:
a) solicitação de cancelamento prematuro de apólice ou contrato, com devolução do prêmio ou contraprestação pecuniária ao beneficiário sem um propósito claro ou em circunstâncias aparentemente não usuais, especialmente quando o pagamento é feito em dinheiro ou a devolução seja à ordem de terceiro;
b) dificultar sua identificação;
c) contratação, por clientes estrangeiros, de serviços prestados, sem razão justificável, quando for possível contratá-los em seus países de origem;
d) propostas incompatíveis com o seu perfil;
e) propostas discrepantes das condições normais de mercado em função do seu perfil;
f) contratação, por um mesmo beneficiário, de várias apólices, de pequeno valor seguidas de cancelamento com a devolução dos respectivos prêmios;
g) pagamento de prêmios elevados em dinheiro;
h) pagamento de prêmios ou contraprestação pecuniária a maior com posterior devolução da diferença.
III – situações relacionadas aos atos dos sócios, dos acionistas ou dos administradores:
a) aquisição de ações ou aumento de capital por pessoa física ou jurídica sem patrimônio compatível;
b) operações financeiras ou comerciais realizadas em "Países não Cooperantes", ou em locais onde seja observada a prática contumaz dos crimes previstos no art. 1º da Lei nº 9.613, de 1998;
c) designação de administradores residentes em "Países não Cooperantes", ou em locais onde seja observada a prática contumaz dos crimes previstos no art. 1º da Lei nº 9.613, de 1998.

CAPÍTULO IV
DA COMUNICAÇÃO DAS OPERAÇÕES

Art. 6º As operadoras de plano de assistência à saúde deverão comunicar à ANS, no prazo de 24 horas, abstendo-se de dar ciência aos seus clientes quando verificarem as seguintes situações:
I - todas as transações alcançadas pelo art. 3º cujas características peculiares, no que se refere às partes envolvidas, valores, forma de realização, instrumentos utilizados, ou pela falta de fundamento econômico ou legal, possam caracterizar indício dos crimes previstos na Lei nº 9.613, de 1998; e
II - a proposta ou a realização de operações e transações alcançadas pelo disposto no art. 5º.
§1º A comunicação referida neste artigo deverá ser encaminhada à ANS, conforme modelo constante do anexo I desta Resolução Normativa.
§2º As comunicações de boa fé, conforme previsto no §2º do art. 11 da Lei nº 9.613, de 1998, não acarretarão responsabilidade civil ou administrativa às operadoras de plano de assistência à saúde, seus controladores, administradores e empregados ou funcionários.
Art. 7º As operadoras de plano de assistência à saúde devem desenvolver e implementar procedimentos internos de controle para detectar operações que caracterizem indício de ocorrência dos crimes previstos na Lei nº 9.613, de 1998, promovendo treinamento adequado para seus empregados ou funcionários.
Parágrafo único. Deverá ser indicado pelas operadoras de plano de assistência à saúde um responsável

junto à ANS para cumprimento das obrigações ora estabelecidas, conforme "Ficha Cadastral" constante do anexo II desta Resolução Normativa.

CAPÍTULO V
DA RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA

Art. 8º As operadoras de plano de assistência à saúde, bem como seus administradores, que deixarem de cumprir as obrigações estabelecidas nesta Resolução estarão sujeitos, cumulativamente ou não, às penalidades estabelecidas por normativo próprio da ANS e às sanções previstas no art. 12 da Lei nº 9.613, de 1998, observando-se os parâmetros traçados por este diploma legal.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º As operadoras de plano de assistência à saúde terão prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de publicação desta Resolução Normativa, para a adequação de seus cadastros ao disposto no art. 2º.

Art. 9º-A Será permitida a guarda e disponibilização da documentação em meio eletrônico para fins de cadastros, registros e documentos gerados, transmitidos e/ou recebidos através do padrão TISS, nos termos da RN Nº 153, de 29 de maio de 2007, e suas alterações posteriores.[1]

Art. 10. A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras editará os atos que julgar necessários ao cumprimento desta Resolução Normativa.

Art. 11. Os casos omissos nesta Resolução serão tratados pela Diretoria Colegiada.

Art. 12. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSE LEONCIO DE ANDRADE FEITOSA
Diretor-Presidente Substituto

[1] O art. 9º-A foi inserido conforme art. 2º da RN nº 244/2011, porém, está com a eficácia comprometida, em virtude do art. 32 da RN nº 305/2012. Portanto, a referência feita à RN nº 153 deve ser entendida como remissão à RN nº 305/2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 123, DE 23 DE JANEIRO DE 2006[1]

Dispõe sobre a dispensa de constituição e exigência, cobrança administrativa e cobrança judicial dos créditos da ANS de valores irrisórios cuja cobrança não justifique o custo respectivo.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II do art 10 da Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000, e considerando o disposto no art. 54 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, no art. 1º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997 e no art. 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, em reunião realizada em maio de 2005, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º A presente Resolução Normativa tem por objeto estabelecer parâmetros para a dispensa de constituição, exigência, cobrança extrajudicial, inscrição em Dívida Ativa, ajuizamento de ações de cobrança, de execução para pagar quantia certa, bem como de execução fiscal dos créditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como daqueles cuja constituição e cobrança seja atribuída por lei a esta autarquia.

Art. 2º Para fins do disposto na presente Resolução Normativa, entende-se:

I - por valor consolidado o resultante da atualização do respectivo débito originário mais os encargos e acréscimos legais ou contratuais vencidos, quando devidos, até a data da apuração;

II - por créditos da mesma origem aqueles que têm o mesmo fundamento e base legal.

Art. 3º Ficam dispensados de constituição, exigência e cobrança administrativa os créditos da ANS, bem como aqueles cuja cobrança seja por lei atribuída a esta autarquia, cujo valor consolidado seja igual ou inferior a R$ 100,00 (cem reais), relativamente a um mesmo devedor.

§1º Os valores de mesma origem, referentes a um mesmo devedor, que se enquadrem no *caput* deste artigo, deverão ser escriturados em Livro ou Base de Dados Informatizada próprios, devendo ser aberto o respectivo processo de cobrança quando, após a devida consolidação, ultrapassarem o montante acima referido.

§2º Os valores superiores ao montante especificado no *caput*, deverão ser regularmente lançados ou constituídos, sendo cobrados extrajudicialmente, devendo, ainda, no caso de inadimplemento, serem encaminhados à inscrição em Dívida Ativa.

Art. 4º Ficam cancelados os créditos da ANS, já lançados ou constituídos, cujo valor total consolidado em face de um mesmo devedor seja igual ou inferior a R$ 100,00 (cem reais).

§1º Será efetuada a baixa provisória no Sistema Informatizado de Arrecadação dos créditos cujos valores se encontrem no limite estabelecido no *caput*.

§2º Serão arquivados provisoriamente os processos administrativos de cobrança referentes aos créditos que se encontrem na situação descrita neste artigo, inclusive aqueles que já foram encaminhados à inscrição em Dívida Ativa.

§3º Os créditos de mesma origem, já lançados ou constituídos em face de um mesmo devedor, cujo montante total, devidamente consolidado, ultrapasse o valor previsto no *caput* deste artigo, deverão ser reunidos em um único processo administrativo, dando-se o devido prosseguimento na respectiva cobrança.

§4º A Gerência de Dívida Ativa e Serviços Administrativos devolverá os processos que já lhe foram encaminhados, ainda não inscritos, que se enquadrem no limite estabelecido no *caput* deste artigo, para serem devidamente baixados e arquivados provisoriamente pelo respectivo setor competente de origem.

§5º Aplica-se este artigo aos resíduos de parcelamentos cancelados.

§6º O disposto neste artigo não se aplica aos créditos incluídos em parcelamento.

§7º Para processamento do cancelamento previsto no *caput* deste artigo deverão ser expressamente observadas as disposições constantes no art. 3º, §1º, desta resolução.

Art 5º A Procuradoria Federal junto à ANS fica autorizada a não propor ações, a desistir daquelas em curso, a não interpor recursos e a desistir dos recursos já interpostos, para cobrança de crédito cujo valor consolidado for igual ou inferior a R$ 1.000,00 (hum mil reais) relativamente a um mesmo devedor.

[1] Publicada no DOU em 24/01/2006, seção 1, p. 24.

§1º O disposto neste artigo não se aplica na hipótese de haver crédito da mesma origem, já constituído em face do mesmo devedor, bem como de seus respectivos co-responsáveis, cujo somatório ultrapasse o limite estabelecido no *caput*.

§2º Na hipótese de haver em curso duas ou mais execuções fiscais já ajuizadas em face do mesmo devedor, ou de seus respectivos co-responsáveis, cujo somatório ultrapasse o limite estabelecido no *caput*, estas poderão ser reunidas em um único feito, caso tal ato represente medida de economia e celeridade processual.

§3º Caso não seja possível a reunião de feitos prevista no §2º, os respectivos executivos fiscais já ajuizados em face do mesmo devedor, ou de seus respectivos co-responsáveis, cujo somatório ultrapasse o limite estabelecido no *caput*, deverão seguir seu trâmite regular, nos termos da Lei nº 6.830/80.

§4º No que se refere à execução de honorários advocatícios, bem como das demais verbas sucumbências, a Procuradoria Federal junto à ANS, na qualidade de órgão de execução da Procuradoria-Geral Federal, este órgão vinculado à Advocacia-Geral da União, deverá observar as disposições constantes na Lei nº 9.469, de 1997, bem como nas normas e atos regulamentares editados tanto pela AGU, quanto pela PGF.

Art. 6º A Procuradoria da ANS promoverá a reunião de créditos inscritos em dívida ativa de mesma origem e natureza em face de um mesmo devedor, a fim de superar o limite mínimo estabelecido no artigo 5º, visando ao ajuizamento da ação de execução respectiva.

Art. 7º A adoção das medidas previstas no art. 5º não implica na extinção do crédito, não afasta a incidência de atualização monetária, juros de mora e multa de mora, nem elide a exigência da prova de quitação em favor da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tampouco enseja repetição de indébito de valores já recolhidos junto à autarquia.

Art. 8º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação, sendo aplicando aos processos administrativos e judiciais que se encontram em curso no âmbito da ANS.

JOSE LEONCIO DE ANDRADE FEITOSA
Diretor-Presidente Substituto

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 124, DE 30 DE MARÇO DE 2006[1]

Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 4º, incisos XXIX, XXX e XLI, alínea f e §1º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em cumprimento aos artigos 25 e 27 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 29 de março de 2006, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

TÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I
DA ABRANGÊNCIA DA NORMA

Art. 1º As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados, quando violarem os contratos de planos privados de assistência à saúde ou a legislação do mercado de saúde suplementar, estão sujeitos às penalidades instituídas pela Lei nº 9.656, de 1998, e graduadas nesta Resolução, sem prejuízo da aplicação das sanções de natureza civil e penal cabíveis, conforme especificado.

Parágrafo único. Incluem-se na abrangência desta Resolução todas as pessoas jurídicas de direito privado, independentemente da sua forma de constituição, definidas na Lei nº 9.656, de 1998, e na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, inclusive seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados e os prestadores de serviços de saúde.

CAPÍTULO II
DAS ESPÉCIES DE PENALIDADE E DOS CRITÉRIOS DE APLICAÇÃO

Art. 2º Para efeitos desta Resolução, os infratores da legislação a que está submetida a atividade de operação de planos privados de assistência à saúde estarão sujeitos às seguintes sanções administrativas:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora;

IV - suspensão de exercício do cargo;

V - inabilitação temporária para o exercício de cargo em operadoras de planos de assistência à saúde; e

VI - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

§1º As sanções previstas nos incisos I a III deste artigo são aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, independentemente daquelas estabelecidas nos incisos I, IV, V e VI, que são aplicáveis aos seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

§2º Aos prestadores de serviço de saúde é aplicável a sanção prevista no inciso II.

Art. 3º A ANS, de acordo com as sanções discriminadas nesta Resolução, bem como com a gravidade e as conseqüências do caso e o porte econômico da operadora, estabelecerá qual a penalidade será imposta, que, a critério da autoridade julgadora, poderá ser aplicada isolada ou cumulativamente, quando houver previsão de mais de uma sanção.

[1] Publicada no DOU em 03/04/2006, seção 1, p. 67.

Parágrafo único. Na aplicação de sanção aos administradores ou aos membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras, a ANS, além de observar os parâmetros acima expostos, atentará para a culpabilidade dos infratores.

Art. 4º É de competência da Diretoria de Fiscalização da ANS, a aplicação, em primeira instância, das penalidades previstas nesta Resolução e da Diretoria Colegiada a decisão definitiva a ser proferida em sede recursal.

Seção I
Da Advertência

Art. 5º A sanção de advertência poderá ser aplicada, a critério da autoridade julgadora, nos casos previstos nesta norma e desde que atendida ao menos uma das seguintes condições circunstâncias descritas nos incisos I a III do art. 8º, ou uma das condições abaixo previstas:

I – ter ocorrido o cumprimento da obrigação até o décimo dia contado da data do recebimento da intimação pela operadora para ciência do auto; ou

II – não ter havido lesão irreversível ao bem jurídico tutelado pela norma infringida.

§1º A sanção de advertência será aplicada por escrito.

§2º Na hipótese de o infrator ter incorrido reiteradamente na mesma infração, a ANS poderá deixar de aplicar a pena de advertência, para aplicar uma sanção mais grave.

Seção II
Da Multa

Art. 6º A sanção de multa será aplicada por decisão da autoridade julgadora, que deverá fixá-la de acordo com os limites e os critérios definidos em lei e indicados nesta Resolução.

Subseção I
Das Agravantes e Atenuantes

Art. 7º São circunstâncias que sempre agravam a sanção, quando não se constituem na própria infração:

I - ter a prática infrativa importado em risco ou conseqüência danosa à saúde do consumidor;

II - deixar o infrator, tendo conhecimento do ato lesivo, de tomar providências para atenuar ou evitar suas conseqüências danosas; ou

III - ser o infrator reincidente.

Parágrafo único. Cada circunstância agravante implicará o acréscimo de 10% (dez por cento) do valor da multa.

Art. 8º São circunstâncias que sempre atenuam a sanção:

I - ser a infração provocada por lapso do autor e não lhe trazer nenhum benefício, nem prejuízo ao consumidor; ou

II - ter o infrator incorrido em equívoco na compreensão das normas regulamentares da ANS, claramente demonstrada no processo;

III - ter o infrator adotado voluntariamente providências suficientes para reparar a tempo os efeitos danosos da infração.

Parágrafo único. Cada circunstância atenuante implicará a redução de 10% (dez por cento) do valor da multa.

Subseção II
Dos Fatores de Compatibilização da Penalidade

Art. 9º No caso de infrações que produzam efeitos de natureza coletiva, o valor da multa pecuniária fixada poderá ser aumentado em até vinte vezes, até o limite estabelecido no art. 27 da Lei nº 9.656, de 1998, observados os seguintes parâmetros de proporcionalidade: [1]

I - de 1 (um) a 1.000 (mil) beneficiários: até 1 (uma) vez o valor da multa;

II - de 1.001 (mil e um) a 20.000 (vinte mil) beneficiários: até 5 (cinco) vezes o valor da multa;

III - de 20.001 (vinte mil e um) a 100.000 (cem mil) beneficiários: até 10 (dez) vezes o valor da multa;

[1] O art. 9º está alterado conforme RN nº 151/2007.

IV - de 100.001(cem mil e um) a 200.000 (duzentos mil) beneficiários: até 15 (quinze) vezes o valor da multa;
V - de 200.001 (duzentos mil e um) a 1.000.000 (um milhão) de beneficiários: até 20 (vinte) vezes o valor da multa;
VI - a partir de 1.000.001 (um milhão e um) beneficiários: 20 (vinte) vezes o valor da multa.
§1º Para os fins deste artigo, as operadoras que não tiverem fornecido à ANS o cadastro de beneficiários, será aplicado o fator indicado no inciso VI.
§2º Para a aplicação do fator multiplicador será considerado o número de beneficiários informado na data da lavratura do auto de infração.
Art. 10. Serão considerados os seguintes fatores multiplicadores para o cálculo do valor das multas, com base no número de beneficiários das operadoras, constante no cadastro já fornecido à ANS:
I - de 1 (um) a 1.000 (mil) beneficiários: 0,2 (dois décimos);
II - de 1.001 (mil e um) a 20.000 (vinte mil) beneficiários: 0,4 (quatro décimos)
III - de 20.001 (vinte mil e um) a 100.000 (cem mil) beneficiários: 0,6 (seis décimos);
IV - de 100.001(cem mil e um) a 200.000 (duzentos mil) beneficiários: 0,8 (oito décimos); e
V - a partir de 200.001 (duzentos mil e um): 1,0 (um).
§1º Para os fins deste artigo, as operadoras que não tiverem fornecido à ANS o cadastro de beneficiários, será aplicado o fator indicado no inciso V.
§2º Para a aplicação do fator multiplicador será considerado o número de beneficiários informado na data da lavratura do auto de infração.

Subseção III
Da Fixação do Valor da Multa

Art. 11. A multa será graduada, aplicando-se, sucessivamente, as agravantes, as atenuantes e, por fim, a compatibilização da sanção em função de efeitos de natureza coletiva e em razão do número de beneficiários da operadora.
Parágrafo único. Os critérios aludidos neste artigo e estabelecidos nos arts. 7º ao 10 não se aplicam aos arts. 18; 33 e 89 desta Resolução.
Art. 12. O resultado alcançado do cálculo da multa não poderá importar em valor inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais), nem superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais). [1]
§1º Não está sujeita ao limite de que trata o *caput* deste artigo a multa diária prevista no art. 18 e no art. 89 desta Resolução.
§2º Para a aplicação de multa diária prevista no art. 18, a ANS deverá considerar, como termo inicial à data da lavratura do auto de infração e, como termo final, a data de cessação da prática infrativa.
§3º Para fins desta Resolução, considera-se cessada a prática infrativa:
I- na data em que a operadora providenciar a autorização de funcionamento;
II- na data em que a ANS constatar indício de sua dissolução irregular; ou
III- na data da publicação da decisão da ANS que decretar sua direção fiscal, ou direção técnica, ou liquidação extrajudicial, ou determinar a alienação de sua carteira, o que deverá ocorrer em até 90 (noventa dias) a contar da lavratura do auto.
§4º Não ocorrendo as hipóteses dos incisos I e II do **§3º** e esgotado o prazo de 90 (noventa) dias previsto no inciso III do mesmo parágrafo, esse será considerado o termo final da multa diária, caso a ANS não tenha adotado nenhuma das medidas previstas naquele dispositivo.
§5º O dever de a ANS implementar as medidas dispostas no inciso III do **§3º** permanece mesmo após ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias.
§6º Tão logo a Diretoria de Fiscalização - DIFIS tome conhecimento da ocorrência da infração prevista no art. 18 desta Resolução deverá comunicar à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, para que esta adote as medidas previstas no inciso III do §3º.
Art. 13. As operadoras e os prestadores de serviço de saúde estão sujeitos à multa de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) por dia, nos termos do §1º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000.
§1º A aplicação da multa a se refere este artigo será precedida de intimação da ANS para o cumprimento da obrigação, com a definição de prazo não inferior a 15 dias, bem como a indicação à sujeição da penalidade de que trata o *caput* deste artigo.

[1] O §3º do art. 12 está alterado e foram incluídos os §§4º a 6º daquele mesmo artigo, conforme RN nº 161/2007.

§2º Expirado o prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS expedirá notificação ao prestador de serviço, com a fixação do termo final para o cumprimento da obrigação, após o que será computada a multa diária prevista neste artigo.
§3º A multa pode ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou do prestador de serviços.

Seção III
Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento e Alienação da Carteira da Operadora

Art. 14. O cancelamento da autorização de funcionamento, para efeito desta Resolução, é a sanção que implica o impedimento do exercício da atividade de operadora de planos de assistência à saúde.[1]
Parágrafo único. Para fins de aplicação do *caput* deste artigo,a ANS previamente adotará as medidas necessárias para a proteção dos beneficiários que estiverem vinculados à operadora de planos de assistência à saúde, conforme o caso.[2]

Seção IV
Da Suspensão de Exercício do Cargo

Art. 15. A suspensão do exercício de cargo, pelo prazo mínimo de 60 (sessenta) e máximo de 180 (cento e oitenta dias), aplica-se aos administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados de operadoras de planos privados de assistência à saúde, na hipótese de práticas infrativas previstas nesta Resolução.
§1º A suspensão do exercício de cargo será aplicada em dobro na hipótese de reincidência, observado o limite de 180 (cento e oitenta dias).
§2º A reincidência em infração punida com suspensão do exercício de cargo pelo prazo máximo implicará a aplicação da sanção de inabilitação temporária pelo prazo de 1 (um) ano, exceto nos casos previstos nos arts. 30, 38 e 45.

Seção V
Da Inabilitação Temporária

Art. 16. A inabilitação do exercício de cargo, pelo prazo mínimo de 1 (um) ano e máximo de 5 (cinco) anos, aplica-se aos administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados de operadoras de planos privados de assistência à saúde, na hipótese de praticas infrativas previstas nesta Resolução.

Seção VI
Da Reincidência

Art. 17. Considera-se reincidência a prática pelo mesmo infrator de infração da mesma espécie, punida por decisão administrativa definitiva.
§1º Ocorrerá a reincidência quando, entre a data do trânsito em julgado e a data da prática da infração posterior, houver decorrido período de tempo não superior a 1 (ano) ano.
§2º Excepcionam-se ao disposto no parágrafo anterior as infrações previstas no Capítulo II do Título II desta Resolução, hipótese em que o decurso de tempo não será superior a 2 (dois) anos.

TÍTULO II
DAS INFRAÇÕES

CAPÍTULO I
DAS INFRAÇÕES DE NATUREZA ESTRUTURAL

[1] O *caput* do art. 14 está alterado conforme art. 5º da RN nº 301/2012.
[2] O § único está incluído conforme art. 6º da RN nº 301/2012.

Seção I
Do Exercício da Atividade de Operadora

Autorização de Funcionamento
Art. 18. Exercer a atividade de operadora de plano privado de assistência a saúde sem autorização da ANS:
Sanção - multa diária no valor de R$ 10.000,00.

Registro de Produto
Art. 19. Operar produto sem registro na ANS:
Sanção - multa de R$ 250.000,00.
Parágrafo único. Considera-se operar produto sem registro a comercialização de produtos suspensos ou cancelados.[1]

Produto Diverso do Registrado
Art. 20. Operar produto de forma diversa da registrada na ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

Produto Bloqueado ou em Extinção de Entidade de Autogestão
Art. 20-A. Ofertar produto bloqueado ou em extinção de entidade de autogestão. [2]
Sanção - advertência;
Multa de R$ 25.000,00.

Grupo Restrito de Beneficiários
Art. 20-B. Ofertar produto ativo à beneficiário distinto do grupo restrito da modalidade autogestão.
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação
Art. 20-C. Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor. [3]
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Ingresso de beneficiário em plano coletivo
Art. 20-D. Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação.
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Sistemas de Descontos
Art. 21. Operar sistemas de desconto ou de garantia de preços diferenciados não previstos em lei:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

Segmentações dos Produtos ou Serviços
Art. 22. Operar produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas em lei:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

Pessoa Jurídica Independente
Art. 23. Deixar de constituir pessoa jurídica independente, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da Lei nº 9.656, de 1998, e da regulamentação da ANS:
Sanção - multa de R$ 200.000,00.

[1] O art. 19 passa a vigorar acrescido de parágrafo único conforme art. 5º da RN Nº 148/2007.
[2] O art. 20 passa a vigorar acrescido dos arts. 20-A e 20-B conforme art. 4º da RN Nº 148/2007.
[3] Os arts. 20-C e 20-D foram acrescidos conforme art. 31 da RN Nº 195/2009.

Condições para o Exercício do Cargo de Administrador
Art. 24. Deixar de cumprir a regulamentação referente às condições para o exercício do cargo de administrador de operadora de planos de assistência à saúde:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

Condições de Ingresso de Mantenedor ou Patrocinador
Art. 24-A. Deixar de cumprir a regulamentação referente às condições para ingresso de mantenedor ou patrocinador em entidade de autogestão. [1]
Sanção - advertência;
Multa de R$ 25.000,00

Alienação de Carteira
Art. 25. Alienar ou adquirir total ou parcialmente carteira sem prévia autorização da ANS:[2]
Sanção - multa de R$ 200.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias.

Alienação de Carteira
Art. 26. Proceder à alienação de carteira vedada pela legislação:
Sanção - multa de R$ 100.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias.

Registro de Alienação de Carteira
Art. 27. Deixar de registrar o instrumento de cessão de carteira no cartório competente:
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Alterações Societárias
Art. 28. Deixar de cumprir a regulamentação da ANS referente aos atos de cisão, fusão, incorporação, desmembramento, alteração ou transferência do controle societário:[3]
Sanção - multa de R$ 250.000,00, aplicável à operadora, e suspensão do exercício de cargo de 90 (noventa) a 180 (cento e oitenta) dias, aplicáveis aos administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

Identificação de Operadora
Art. 29. Deixar de cumprir regras estabelecidas pela regulamentação da ANS para identificação da operadora ou de seus produtos perante os consumidores, inclusive as referentes a material publicitário de caráter institucional:
Sanção - advertência;
multa de R$ 10.000,00.

Práticas Irregulares ou Nocivas
Art. 30. Incorrer em práticas irregulares ou nocivas à política de saúde pública:
Sanção - multa de R$ 250.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da multa.

Embaraço à Fiscalização
Art. 31. Obstruir, dificultar ou impedir por qualquer meio, o exercício da atividade fiscalizadora da ANS: [4]
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

---

[1] O art. 24-A foi acrescido conforme art. 4º da RN nº 148/2007.
[2] O art. 25 está alterado conforme art. 4º da RN nº 145/2007.
[3] O art. 28 teve a sua redação alterada conforme art. 14 da RN nº 270/2011.
[4] O art. 31 foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 234/2010.

Modelos e conteúdos assistenciais
Art. 32. Deixar de cumprir as normas relativas aos conteúdos e modelos assistenciais:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Seção II
Dos Documentos e Informações

Requerimento de informações às operadoras e prestadores de serviços
Art. 33. Deixar de fornecer ou se recusar a enviar as informações ou os documentos requeridos pelos Diretores da ANS ou encaminhá-los com falsidade ou retardamento injustificado:
Sanção - multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Envio de informações das operadoras e dos prestadores de serviços[1]
Art. 34. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior:
Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Envio de Informações Periódicas
Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica:[2]
Sanção - multa de R$ 25.000,00.
§1º Para efeito do previsto no *caput* deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas que tenham sido aceitas como válidas pelos sistemas da ANS.
§2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo.
§3º Permanecendo a operadora inerte no período de um ano, não encaminhando documento ou informação periódica, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, prevista no inciso III do art. 2º desta Resolução Normativa.

Envio de informações periódicas mensais
Art. 36. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica mensalmente:[3]
Sanção - multa de R$ 25.000,00.
§1º A multa prevista no *caput* será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo.
§2º Permanecendo a operadora inerte no período de 180 (cento e oitenta) dias, não encaminhando documento ou informação periódica mensalmente, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, prevista no inciso III do art. 2º desta Resolução Normativa.

Incorreções e Omissões nas Informações
Art. 37. Encaminhar à ANS os documentos ou as informações devidas, contendo incorreções ou omissões:
Sanção - advertência;
multa de R$ 10.000,00.

Falsidade ou Fraude
Art. 38. Fornecer à ANS, exceto na hipótese do art. 33, informações ou documentos falsos ou fraudulentos:
Sanção - multa de R$ 100.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.

[1] O art. 34 está alterado conforme art. 5º da RN nº 301/2012.
[2] O art. 35 está alterado conforme arts. 5º e 6º da RN nº 301/2012.
[3] O art. 36 está alterado conforme arts. 5º e 6º da RN nº 301/2012.

Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da multa.

Manutenção de Documentos ou Informações
Art. 39. Deixar de manter, para verificação da ANS, documentação ou informação devida, na forma da lei:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Publicação ou Divulgação de Informações
Art. 40. Deixar de publicar ou divulgar, nos meios definidos nos normativos específicos, as informações exigidas pela ANS:[1]
Sanção - multa de R$ 30.000,00.

Seção III
Do Relacionamento da Operadora com o Prestador

Unimilitância
Art. 41. Exigir exclusividade do prestador de serviço:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

Restrição da Atividade do Prestador
Art. 42. Restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do prestador de serviço:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Contratualização
Art. 43. Deixar de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora de serviço de saúde:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.
Parágrafo único. Incorre na mesma sanção a entidade de autogestão e a operadora por ela contratada que descumprirem a regulamentação referente à contratação de rede de prestação de serviços, em especial o artigo 21 da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006.[2]

Padrão de Informações com Prestadores
Art. 44. Deixar de cumprir as normas relativas ao padrão essencial obrigatório para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, sobre o atendimento prestado a seus beneficiários:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.
Parágrafo único. Aplica-se este artigo também na hipótese de descumprimento dos arts. 2º; art. 4º, *caput* e parágrafo único; e art. 12 da Resolução Normativa Nº 190, de 30 de abril de 2009.[3]

Art. 44-A. Utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço como critério, exclusivo, de descredenciamento de prestadores.[4]
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

---

[1] O art. 40 está alterado conforme art. 15 da RN nº 309/2012.

[2] O art. 43 passa a vigorar acrescido de parágrafo único conforme art. 5º da RN nº 148/2007 e o mesmo foi alterado, conforme art. 6º da RN nº 272/2011.

[3] O Parágrafo único do art. 44 foi acrescido conforme art. 16 da RN nº 190/2009 e passou a vigorar com nova redação, conforme art. 8º da RN nº 285/2011.

[4] Os arts. 44-A ao 44-C foram inseridos, conforme art. 10 da RN nº 267/2011.

Art. 44-B. Deixar de incluir os atributos de qualificação dos prestadores de serviço em seus materiais de divulgação da rede assistencial no prazo estabelecido.
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Art. 44-C. Deixar, a operadora que possua rede própria de prestadores, de fornecer informações relevantes para fomentar o uso dos indicadores de monitoramento da qualidade assistencial.
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

CAPÍTULO II
DAS INFRAÇÕES DE NATUREZA ECONÔMICO-FINANCEIRA

Seção I
Da Situação Econômico-Financeira

Operações Contrárias à Lei
Art. 45. Realizar operações financeiras vedadas por lei:
Sanção - multa de R$ 100.000,00;
suspensão do exercício de cargo por 180 (cento e oitenta) dias.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, a ANS poderá cancelar a autorização de funcionamento e alienar a carteira da operadora, bem como aplicar a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Recursos pela Alienação Compulsória de Carteira
Art. 46. Deixar de depositar integralmente os recursos percebidos na alienação compulsória de carteira em instituição financeira indicada pela ANS ou movimentá-los sem autorização de diretor técnico, diretor fiscal ou servidor indicado pela ANS:
Sanção - inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos.

Adoção do Plano de Contas
Art. 47. Deixar de adotar o Plano de Contas Padrão da ANS, na forma prevista na regulamentação:
Sanção - advertência;
multa de R$ 100.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da multa.

Escrituração de Registros Contábeis
Art. 48. Deixar de escriturar os registros contábeis ou os registros auxiliares obrigatórios ou escriturá-los em desacordo com a regulamentação da ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 80.000,00.

Submissão de Contas a Auditores Independentes
Art. 49. Deixar de submeter as contas a auditores independentes, registrados no Conselho de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários:
Sanção - advertência;
multa de R$ 80.000,00.

Publicação de Demonstrações Contábeis
Art. 50. Deixar de publicar as demonstrações contábeis, conforme estabelecido na legislação em vigor:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

Constituição de Provisões Técnicas
Art. 51. Deixar de constituir as provisões técnicas estabelecidas pela regulamentação da ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 80.000,00.
Parágrafo único. Se constituídas as provisões técnicas de forma insuficiente:
Sanção - advertência;
multa de R$ 70.000,00.

Provisões Técnicas, Fundos e Provisões
Art. 52. Deixar de cumprir as regras referentes a aplicação, registro e disponibilidade dos bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões:
Sanção - advertência;
multa de R$ 80.000,00.

Vinculação de Ativos Garantidores
Art. 53. Deixar de vincular à ANS os ativos necessários à garantia das provisões técnicas constituídas:
Sanção - advertência;
multa de R$ 80.000,00.

Inadequação ou Insuficiência de Ativos Garantidores
Art. 54. Vincular à ANS, de forma inadequada, os ativos necessários à garantia das provisões técnicas constituídas:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.
Parágrafo único. Se os ativos de que trata o *caput* deste artigo forem insuficientes:
Sanção - advertência;
multa de R$ 70.000,00.

Alienação de Ativos Garantidores
Art. 55. Alienar, prometer alienar ou de qualquer forma gravar ativos necessários à garantia das provisões técnicas, fundos especiais ou quaisquer outras provisões exigidas, sem prévia e expressa autorização da ANS:
Sanção - multa de R$ 100.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da multa.

Constituição de Provisões Técnicas
Art. 56. Constituir provisões técnicas, sem prévia aprovação pela ANS da respectiva nota técnica atuarial, na forma estabelecida pela legislação da ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 80.000,00.

Seção II
Da Variação da Contraprestação Pecuniária

Mudança de Faixa Etária
Art. 57. Exigir ou aplicar variação da contraprestação pecuniária, por mudança de faixa etária, acima do contratado ou em desacordo com a regulamentação da ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 45.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da multa.

Reajuste não Autorizado ou Homologado
Art. 58. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária, por variação anual de custo, sem autorização ou homologação da ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Reajuste acima do Permitido
Art. 59. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária, por variação anual de custos, acima do contratado ou do percentual autorizado, divulgado ou homologado pela ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 45.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da multa.

Período de referência
Art. 60. Exigir ou aplicar reajustes sobre as contraprestações pecuniárias dos consumidores de planos contratados por pessoas físicas em período de referência posterior ao autorizado pela ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Revisão Técnica
Art. 61. Deixar de cumprir as regras decorrentes da revisão técnica autorizada pela ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 45.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 60 (sessenta) dias, sem prejuízo da multa.

Reajuste de plano coletivo
Art. 61-A. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor. [1]
Sanção - multa de R$ 45.000,00.

Contraprestações distintas em contratos coletivos
Art. 61-B. Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados.
Sanção - multa de R$ 45.000,00.

Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário
Art. 61-C. Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do consumidor:[1]
Sanção - multa de R$ 5.000,00.

Agrupamento de Contratos
Art. 61-D. Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento:[2]
Sanção - multa de R$ 45.000,00

CAPÍTULO III
DAS INFRAÇÕES DE NATUREZA ASSISTENCIAL

Seção I
Da Relação com o Consumidor

Ingresso de Consumidor em Plano
Art. 62. Impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde:
Sanção - advertência;
multa de R$ 50.000,00.

[1] Os arts. 61-A, 61-B e 61-C foram acrescidos conforme art. 31 da RN nº 195/2009.
[2] O art. 61-D está incluído conforme art. 16 da RN nº 309/2012.

Art. 62-A. Impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências:[1]
Multa de R$ 50.000,00.

Art. 62-B. Condicionar o exercício do direito da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação familiar ou coletivo por adesão:
Multa de R$ 40.000,00.

Art. 62-C. Exigir ou tentar impor carências ou cobertura parcial temporária a beneficiário que faz jus à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências:[2]
Multa de R$ 50.000,00.

Art. 62-D. Cobrar valores superiores às condições normais de venda para os beneficiários que utilizarem a regra de portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências:
Multa de R$ 30.000,00.

Art. 62-E. Cobrar custas adicionais em virtude do exercício do direito à portabilidade de carências:
Sanção - advertência;
Multa de R$ 30.000,00.

Art. 62-F. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação para portabilidade de carências, não enquadradas nos artigos anteriores:
Sanção - advertência;
Multa de R$ 30.000,00.

Renovação de Contratos
Art. 63. Exigir taxa de qualquer espécie ou valor no ato da renovação dos contratos de planos de assistência à saúde:
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Participação de consumidor em programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças
Art. 63-A. Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.[3]
Sanção - multa de R$ 20.000,00.

Art. 63-B. Deixar de garantir ao consumidor bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.[4]
Sanção - multa de R$ 15.000,00.

Art. 63-C. Exigir ou tentar impor prazo mínimo de participação sem direito à bonificação ou premiação, ou qualquer valor para o consumidor que optar em participar dos programas que garantem bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.
Sanção - multa de R$ 35.000,00.

Art. 63-D. Exigir ou tentar impor ao consumidor participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças o alcance de determinada meta ou resultado em saúde para a obtenção da bonificação ou premiação.
Sanção - multa de R$ 25.000,00.

---

[1] Os arts. 62-A e 62-B foram acrescidos conforme art. 15 da RN nº 186/2009 e alterados pelo art. 2º da RN nº 252/2011.

[2] Os arts. 62-C ao 62-F foram acrescidos conforme art. 15 da RN nº 186/2009 e alterados pelo art. 2º da RN nº 252/2011.

[3] O art. 63-A foi incluído, conforme art. 10 da RN nº 264/2011.

[4] Os arts. 63-B ao 63-G foram incluídos, conforme art. 26 da RN nº 265/2011.

Art. 63-E. Impedir, limitar ou dificultar, por qualquer meio, a adesão ou a efetiva participação do consumidor aos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação.
Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Art. 63-F. Excluir o consumidor participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação, salvo nos casos previstos na regulamentação em vigor.
Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Art. 63-G. Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.
Sanção - multa de R$ 20.000,00.

Recontagem de Carência
Art. 64. Proceder à recontagem de carência, em descumprimento às regras estabelecidas pela legislação:
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Fornecimento de Cópia do Instrumento Contratual
Art. 65. Deixar de fornecer ao consumidor de plano individual ou familiar, quando da sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do contrato e de material exemplificativo de suas características, direitos e obrigações:
Sanção - advertência;
multa de R$ 5.000,00.

Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual
Art. 65-A. Deixar de fornecer ao consumidor de plano coletivo orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual: [1]
Sanção - advertência;
multa de R$ 5.000,00.

Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos
Art. 65-B. Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados.
Sanção - advertência;
Multa de R$ 5.000,00.

Cláusulas de Garantias Legais
Art. 66. Deixar de prever cláusulas obrigatórias no instrumento contratual ou estabelecer disposições que violem a legislação em vigor:
Sanção - advertência;
multa de R$ 30.000,00.

Cláusula de Agrupamento
Art. 66-A. Deixar a operadora de aditar o contrato quando obrigada a fazê-lo, nos termos do normativo específico, para fins de aplicação do reajuste calculado a partir do agrupamento de contratos:[2]
Sanção - multa de R$ 30.000,00

[1] Os arts. 65-A e 65-B foram acrescidos conforme art. 31 da RN nº 195/2009.
[2] O art. 66-A está incluído conforme art. 16 da RN nº 309/2012.

Negativa de Migração ou Adaptação dos Contratos
Art. 67. Deixar de proceder à migração ou à adaptação dos contratos à Lei nº 9656, de 1998, quando solicitado pelo consumidor, nas hipóteses em que esta seja obrigatória pela legislação em vigor:[1]
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Art. 67-A. Impedir, dificultar ou restringir o exercício do direito à adaptação ou à migração de contrato:[2]
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Art. 67-B. Condicionar o exercício individual do direito à migração à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação individual ou familiar e coletivo por adesão:
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Art. 67-C. Deixar de observar, ao elaborar a proposta de adaptação ou de migração, as formalidades devidas (ou obrigatórias) previstas na legislação em vigor:
Sanção - multa de R$ 40.000,00.

Art. 67-D. Alterar indevidamente as cláusulas estabelecidas no contrato de origem, quando da adaptação:
Sanção - multa de R$ 40.000,00.

Art. 67-E. Exigir ou tentar impor, na proposta de migração ou de adaptação, período de carência, em desacordo com a regulamentação de Adaptação e Migração.
Sanção - multa de R$ 40.000,00

Art. 67-F. Deixar de promover, quando exigida pela ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para a definição do ajuste da adaptação.
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Art. 67-G. Promover, em desacordo com os critérios da ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para definição do ajuste da adaptação.
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Art. 67-H. Condicionar o exercício do direito à migração ou à adaptação ao pagamento de quaisquer valores adicionais:
Sanção - multa de R$ 50.000,00

Art. 67-I. Deixar de formalizar, nos prazos determinados, as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar dos contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, que tenham sido aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência:
Sanção - multa de R$ 50.000,00

Adaptação ou Migração dos contratos em Desacordo com a Legislação
Art. 68. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação que disciplina a adaptação ou a migração de contratos, não enquadradas nos artigos anteriores:[3]
Sanção - multa de R$ 40.000,00.

Alteração do Contrato em Desacordo com a Legislação
Art. 69. Proceder a alterações contratuais de planos de assistências à saúde em desacordo com a legislação vigente:
Sanção - advertência;

[1] O art. 67 está alterado conforme art. 29 da RN nº 254/2011.
[2] Os arts. 67-A ao 67-I estão acrescidos conforme art. 30 da RN nº 254/2011.
[3] O art. 68 está alterado conforme art. 29 da RN nº 254/2011.

multa de R$ 35.000,00.

Manutenção da Titularidade dos Contratos
Art. 70. Deixar de manter a titularidade dos contratos na forma da legislação:
Sanção - advertência;
multa de R$ 15.000,00.

Mecanismos de Regulação
Art. 71. Deixar de cumprir as regras referentes à adoção e utilização dos mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde:
Sanção - advertência;
multa de R$ 30.000,00.

Informação sobre Condições de Saúde dos Consumidores
Art. 72. Divulgar ou fornecer a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, informação sobre as condições de saúde dos consumidores, contendo dados de identificação, sem a anuência expressa dos mesmos, salvo em casos autorizados pela legislação:
Sanção - multa de R$ 50.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 90 (noventa) dias, sem prejuízo da multa.

Proteção de Informação sobre Consumidor
Art. 73. Deixar de adotar os mecanismos mínimos de proteção à informação em saúde suplementar, previstos na regulamentação da ANS:
Sanção - multa de R$ 50.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de reincidência, será aplicada a suspensão do exercício de cargo por 30 (trinta) dias, sem prejuízo da multa.

Informações Devidas a Consumidores
Art. 74. Deixar de comunicar aos consumidores as informações estabelecidas em lei ou pela ANS:
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.
Parágrafo único. Na hipótese de a operadora deixar de informar ao beneficiário, na forma estabelecida pela regulamentação da ANS, os motivos da negativa de autorização do acesso ou cobertura previstos em lei ou contrato, a multa será de R$ 30.000,00 (trinta mil reais).[1]

Art. 74-A. Deixar de fornecer Carta de Orientação ao Consumidor previamente ao preenchimento da declaração de saúde no momento da assinatura do contrato ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.[2]
Sanção - advertência
multa R$ 25.000,00

Art. 74-B. Fornecer Carta de Orientação ao Consumidor fora do padrão estabelecido pela ANS.[3]
Sanção - advertência
multa de R$ 10.000,00

Art. 74-C. Divulgar os resultados de sua avaliação de desempenho erroneamente ou de forma diversa da prevista na regulamentação.[4]
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Art. 74-D. Veicular material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido,

[1] O parágrafo único do art. 74 foi acrescido, conforme art. 5º da RN nº 319/2013.
[2] O art. 74-A que fora incluído pela RN nº 162/2007, foi alterado pela RN nº 193, entretanto, voltou com sua redação original, por meio da redação que a RN nº 202/2009 deu à RN nº 193/2009.
[3] O art. 74-B está incluído conforme RN nº 162/2007.
[4] O art. 74-C foi acrescido pelo art. 6º da RN nº 193/2009 e alterado pelo art. 2º da RN nº 202/2009.

respectivamente, por organismo de certificação que não tenha obtido previamente a homologação da DIOPE.[1]
Sanção - advertência
multa de R$ 80.000,00.

Oferecimento de Plano de Referência
Art. 75. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação quanto ao oferecimento do plano referencia:
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Planos Coletivos Cancelados
Art. 76. Deixar de oferecer plano de assistência à saúde, na modalidade individual ou familiar, ao universo de consumidores participantes de contrato coletivo, na hipótese de seu cancelamento, observada a legislação em vigor:
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00.

Seção II
Da Cobertura

Benefícios de Acesso ou Cobertura
Art. 77. Deixar de garantir ao consumidor beneficio de acesso ou cobertura previstos em lei:
Sanção - multa de R$ 80.000,00.

Obrigações de Natureza Contratual
Art. 78. Deixar de garantir aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o cumprimento de obrigação de natureza contratual:
Sanção - multa de R$ 60.000,00.

Urgência e Emergência
Art. 79. Deixar de garantir ao consumidor cobertura exigida em lei, nos casos de urgência e emergência:
Sanção - multa de R$ 100.000,00.

Remoção em Urgência e Emergência
Art. 80. Deixar de cumprir normas regulamentares referentes aos atendimentos de urgência e emergência:
Sanção - multa de R$ 30.000,00.

Doenças e Lesões Preexistentes
Art. 81. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à doença e lesão preexistente do consumidor:[2]
Sanção - multa de R$ 40.000,00.

Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Individual
Art. 82. Suspender ou rescindir unilateralmente o contrato individual ou familiar, em desacordo com a lei:
Sanção - multa de R$ 80.000,00.

Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo
Art. 82-A. Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação: [3]
Sanção - multa de R$ 80.000,00.

[1] O art. 74-D está inserido conforme art. 25 da RN nº 277/2011.
[2] O art. 81 está alterado, conforme art. 29 da RN nº 254/2011.
[3] O art. 82-A foi acrescido conforme art. 31 da RN nº 195/2009.

Interrupção de Internação
Art. 83. Interromper a cobertura de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, sem autorização do médico assistente:
Sanção - multa de R$ 80.000,00.

Exonerados, Demitidos ou Aposentados
Art. 84. Deixar de cumprir a legislação referente à garantia dos benefícios de acesso e cobertura para consumidor exonerado ou demitido sem justa causa, ou o aposentado, e seu grupo familiar:
Sanção - multa de R$ 30.000,00.

Acesso à Acomodação
Art. 85. Deixar de garantir ao consumidor o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional, quando houver indisponibilidade de leito hospitalar na rede prestadora:
Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Acesso a Procedimentos
Art. 86. Deixar de garantir o cumprimento das obrigações e dos direitos previstos nos incisos I e II do art. 18 da Lei nº 9.656, de 1998:
Sanção - advertência;
multa de R$ 25.000,00.

Seção III
Da Rede Prestadora

Substituição de Entidade Hospitalar
Art. 87. Deixar de observar a equivalência na substituição de entidade hospitalar integrante da rede prestadora:
Sanção - multa de R$ 30.000,00.

Redução de Rede Hospitalar
Art. 88. Redimensionar rede hospitalar, por redução, sem autorização da ANS:
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

TÍTULO III
DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 89. Incorrem na sanção prevista no art. 18 as operadoras que, na época da obrigatoriedade de requerer o registro provisório, deixaram de fazê-lo, aplicando-se o disposto no art. 12 para o cômputo dos respectivos termos inicial e final.
Art. 90. A Resolução Normativa - RN Nº 48, de 19 de setembro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação, alterados o §1º do art. 11 e o §5º do art. 27 e acrescido o art. 25-A: [1]
"Art. 11. .....
§1º Considera-se reparação imediata e espontânea, a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração.
§2º Excetuam-se ao disposto no parágrafo anterior a negativa de cobertura assistencial ou a prática infrativa que implicar risco ou conseqüências danosas à saúde do consumidor, hipóteses em que se considera reparação imediata e espontânea, a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à requisição de informações ou deflagração de ação fiscalizatória de que trata o art. 10 desta Resolução.
§3º O arquivamento de que trata este artigo deverá ser precedido de comunicação aos interessados, anexando-se cópia ao processo." (NR)
"Art. 25-A. Ressalvadas as hipótese previstas nos arts. 18, 33 e 89, o pagamento da multa fixada poderá ser recolhido antes da interposição do recurso administrativo, por oitenta por cento do seu valor."
"Art. 27 .....

[1] As alterações propostas no art. 90 tornam-se sem efeito de acordo com os arts. 2º e 3º da RN nº 142/2006,exceto a inclusão do art. 25-A.

§5º Quando a decisão for mantida ou reconsiderada parcialmente, o processo será encaminhado à Procuradoria da ANS para análise e manifestação quanto à regularidade processual.
....." (NR)

Art. 91. Revogam-se a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 03, de 03 de novembro de 1998; a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU nº 18, de 23 de março de 1999; a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 24, de 13 de junho de 2000; o art. 1º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 55, de 13 de fevereiro de 2001; o art. 5º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 64, de 10 de abril de 2001; o art. 17 da Resolução Normativa - RN Nº 8, de 24 de maio de 2002; o art. 2º da Resolução Normativa - RN Nº 21, de 12 de dezembro de 2002; a Resolução Normativa - RN Nº 24, de 15 de janeiro de 2003; o art. 6º da Resolução Normativa - RN Nº 40, de 6 de junho de 2003; a Resolução Normativa - RN Nº 50, de 31 de outubro de 2003; o art. 2º da Resolução Normativa - RN Nº 62, de 22 de dezembro de 2003; o art. 39 da Resolução Normativa - RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004; o art. 18 da Resolução Normativa - RN Nº 99, de 27 de maio de 2005; os arts. 22 e 23 da Resolução Normativa - RN Nº 112, de 28 de setembro de 2005; o art. 10 da Resolução Normativa - RN Nº 114, de 26 de outubro de 2005; e o art. 5º da Resolução Normativa - RN Nº 119, de 7 de dezembro de 2005.

Art. 92. Remetem-se ao disposto nesta Resolução às normas regulamentares da ANS que fazem referência à Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 24, de 2000, observada a compatibilidade dos tipos infracionais.

Art. 93. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 137, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2006[1]

Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelos arts. 4º, incisos X, XXIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXIII, XXXIV e XXXV; e 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000; e considerando o disposto no art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004; nos arts. 1º, §2º; 8º, §1º; 10, §3º; e 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e no art. 230, §3º, inciso I, da Lei nº 8.112, de 11 de novembro de 1990, com redação dada pela Lei nº 11.302, de 10 de maio de 2006, em reunião realizada em 14 de novembro de 2006, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DO OBJETO E DO ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Esta resolução dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

CAPÍTULO II
DAS ENTIDADES DE AUTOGESTÃO

Seção I
Da Definição

Art. 2º Para efeito desta resolução, define-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de autogestão:[2]

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; e

f) 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;[3]

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;[4]

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;

---

[1] Publicada no DOU em 20/11/2006, seção 1, p. 34 e 35.

[2] As alíneas "a" a "f", do inciso I, bem como as alíneas "a", "b", "c", "d", "g", do inciso II, ambos do art. 2º, estão alteradas conforme RN nº 148/2007.

[3] A alínea "f" do art. 2º foi alterada, conforme art. 1º da RN nº 355/2014.

[4] A alínea "e" do art. 2º foi alterada, conforme art. 1º da RN nº 355/2014.

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;[1] e
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:[2]
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.[3]
§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.[4]
§2º Constatado o descumprimento do disposto no parágrafo anterior, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.
§3º Persistindo a irregularidade após o decurso do prazo previsto no parágrafo anterior, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora.

Seção II
Do Objeto Social Exclusivo

Art. 3º A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto.
§1º A exigência prevista no *caput* não se aplica:[5]
I - às entidades fechadas de previdência complementar que, na data da publicação da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, já prestavam serviços de assistência à saúde, na modalidade de autogestão;[6]
II - à entidade de autogestão definida no inciso I do artigo anterior; e
III - à entidade de autogestão que, além da operação de planos privados de assistência à saúde, exerce atividade caracterizada como ação de promoção à saúde, nos termos do art. 35-F da Lei nº 9.656, de 1998.
§2º A vedação da prestação de serviços prevista no *caput* não se aplica ao oferecimento da rede de prestação de serviços de saúde para contratação por entidades congêneres.[7]

Seção III
Do Ato Constitutivo

Art. 4º O ato constitutivo da entidade de autogestão deverá conter o critério e a forma de participação dos beneficiários titulares que contribuam para o custeio do plano, bem como do mantenedor ou patrocinador, na composição dos seus órgãos colegiados de administração superior.

---

[1] A alínea "j" do art. 2º foi alterada, conforme art. 1º da RN nº 355/2014.
[2] O inciso III do art. 2º foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 355/2014.
[3] A alínea "d", inciso III do art. 2º foi alterada, conforme art. 1º da RN nº 355/2014.
[4] O §1º do art. 2º está alterado conforme RN nº 148/2007.
[5] O parágrafo único do art. 3º transformou-se em §1º, conforme art. 2º da RN nº 272/2011.
[6] O inciso I do §1º do art. 3º está alterado conforme art. 2º da RN nº 315/2012.
[7] O §2º do art. 3º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 272/2011.

Parágrafo único. O disposto no *caput* não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º.[1]

Seção IV
Das Formas De Garantia Dos Riscos

Art. 5º A entidade de autogestão deverá garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde da seguinte forma:
I - por meio da constituição das garantias financeiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor;ou
II - por meio da apresentação de termo de garantia firmado com o mantenedor.
§1º O termo de garantia é o instrumento por meio do qual o mantenedor obriga-se a garantir os riscos referidos no *caput*, comprovando a constituição do respectivo lastro financeiro.
§2º O modelo do termo de garantia será elaborado pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE em regulamentação específica.
§3º O termo de garantia deverá ser submetido à prévia aprovação da DIOPE.
§4º A não aprovação do termo de garantia sujeitará a entidade de autogestão a garantir os riscos referidos no *caput* na forma do inciso I.
§5º Os riscos referidos no *caput* podem ser parcialmente garantidos pelo mantenedor e o valor remanescente pela entidade de autogestão após análise e aprovação da DIOPE.
§6º A entidade de autogestão que já tenha constituído as garantias financeiras próprias não poderá revertê-las, salvo de vieram a ser substituídas pelas de seu mantenedor e após aprovação da ANS.

Seção V
Do Acompanhamento Econômico-Financeiro

Art. 6º A entidade de autogestão deverá submeter, anualmente, suas demonstrações financeiras à auditoria independente, divulgá-las aos seus beneficiários e encaminhá-las a ANS.
Art. 7º A forma de cumprimento do plano de contas padrão da ANS pelas entidades de autogestão será definida pela DIOPE em regulamentação específica.
Art. 8º O disposto nos artigos 5º, 6º e 7º não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º.
Art. 9º A entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º deverá contabilizar, de acordo com as boas práticas contábeis, as despesas de prestação de assistência à saúde de forma separada em relação às demais, devendo tal informação constar expressamente de suas demonstrações financeiras.
Art. 10. A entidade de autogestão deverá enviar periodicamente à ANS informações econômico-financeiras, cadastrais e operacionais, nos termos e na forma definida pela DIOPE em regulamentação específica.
Parágrafo único. O disposto no *caput* não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º.
Art. 11. Detectados indícios de desequilíbrio econômico-financeiro ou de anormalidades administrativas, aplicar-se-á às entidades de autogestão o disposto na RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, que dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde e nas Resoluções Normativas que dispõem sobre as medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998.[2]
Art. 11-A. Nas entidades de autogestão constituídas sob a forma de associação, não se considera reajuste aporte de recursos aprovado pelos associados na conformidade do estatuto da entidade, desde que a cobrança do aporte:[3]
I - seja dirigida apenas aos associados, não podendo incluir beneficiário do plano de saúde da entidade que não seja associado, tais como administradores, ex-administradores, empregados, ex-empregados, aposentados, pensionistas ou familiares, mesmo que dos associados; e
II - seja feita de forma separada da cobrança da contraprestação pecuniária do plano de saúde

CAPÍTULO III
DO INSTITUIDOR, DO MANTENEDOR E DO PATROCINADOR.

[1] Os arts. 4º e 5º estão alterados conforme RN nº 148/2007.
[2] O art. 11 está alterado conforme art. 32 da RN nº 307/2012.
[3] O art. 11-A foi acrescido, conforme art. 4º da RN nº 355/2014.

Seção I
Das Definições

Art. 12. Para efeito desta resolução, considera-se:
I - instituidor: a pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins econômicos, que cria a entidade de autogestão;
II - mantenedor: a pessoa jurídica de direito privado que garante os riscos referidos no *caput* do art. 5º mediante a celebração de termo de garantia com a entidade de autogestão; e
III - patrocinador: a instituição pública ou privada que participa, total ou parcialmente, do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.
§1º Os instituidores, patrocinadores e os mantenedores deverão guardar relação com o objeto do estatuto da autogestão, o qual não poderá permitir a participação de empresas que não guardem correlação entre si quanto ao seu ramo de atividade, sendo admitidas empresas fornecedoras participantes da cadeia produtiva do bem ou serviço oferecido pela empresa instituidora, quando esta for sua única contratante;[1]
§2º Na hipótese de os instituidores, patrocinadores e mantenedores pertencerem a um mesmo grupo econômico, é facultada a contratação de um plano coletivo gerido por uma única entidade de autogestão.[2]
§3º O conceito de grupo econômico para fins desta Resolução será regulamentado por meio de Instrução Normativa.

Seção II
Da Formalização Da Condição Do Patrocinador

Art. 13. A formalização da condição do patrocinador será efetivada por meio de convênio de adesão. Parágrafo único. O convênio de adesão é o instrumento por meio do qual as partes pactuam direitos e obrigações recíprocos para a administração e execução do plano privado de assistência à saúde.
Art. 14. Sem o prejuízo de mais condições a serem definidas pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO em regulamentação específica, o regulamento do plano privado de assistência à saúde ou o convênio de adesão deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:
I - a participação financeira dos beneficiários no custeio do plano;
II - a participação financeira do patrocinador no custeio do plano, quando for o caso;
III - as condições de ingresso e de exclusão de beneficiários;
IV - a forma de cálculo da revisão das contraprestações pecuniárias;
V - as coberturas e exclusões assistenciais;
VI - as carências;
VII - os mecanismos de regulação ou fatores moderadores utilizados no plano; e
VIII - as demais condições exigidas pela Lei nº 9.656, de 1998.
Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica à entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º.[3]
Art. 15. Quando o patrocinador for instituição pública, a formalização dessa condição será efetivada por meio de convênio, nos termos do inciso I do §3º do art. 230 da Lei nº 8.112, de 1990.

Seção III
Do Ingresso e Saída de Mantenedor ou Patrocinador

Art. 16. O ingresso ou a saída de mantenedor ou patrocinador reger-se-á por esta resolução e, se necessário, pelas regras adicionais definidas em regulamentação específica pela DIOPE e pela DIPRO no âmbito de suas respectivas atribuições regimentais.

[1] O § 1º do art. 12 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 355/2014.
[2] Os §§ 2º e 3º foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 355/2014.
[3] O art. 14, § único, está alterado conforme RN nº 148/2007.

Subseção I[1]
Do Ingresso

Art. 17. Na hipótese de ingresso de mantenedor, a entidade de autogestão deverá comprovar o enquadramento do mantenedor no seu ato constitutivo e dos beneficiários deste último no regulamento do plano, além de encaminhar à ANS a documentação pertinente e o último balancete contábil do pretendente.

Art. 18. Na hipótese de ingresso de patrocinador, a entidade de autogestão deverá manter em sua posse cópia dos convênios de que tratam os artigos 13 e 15 desta Resolução para fins de comprovação à ANS, quando solicitado.[2]

Parágrafo único. É de responsabilidade da entidade de autogestão a verificação de elegibilidade dos seus patrocinadores nos moldes do artigo 12 desta Resolução Normativa.

Art. 19. Ocorrendo o ingresso de mantenedor ou de patrocinador de forma irregular, a entidade de autogestão deverá regularizar a situação no prazo de sessenta dias, contado do recebimento da intimação efetuada pela ANS.

Parágrafo único. Transcorrido o prazo previsto no *caput* e persistindo a irregularidade, a ANS aplicará a sanção administrativa cabível e promoverá a reclassificação da modalidade da operadora.

Subseção II
Da Saída

Art. 20. Na hipótese de saída de mantenedor ou patrocinador, a entidade de autogestão deverá encaminhar a ANS os seguintes documentos, além de outros que possam ser exigidos pela DIOPE ou pela DIPRO:

I - declaração de que o mantenedor ou o patrocinador cumpriu todas as suas obrigações;

II - declaração de inexistência de beneficiários vinculados ao mantenedor ou ao patrocinador, ressalvadas as hipóteses de beneficiários amparados pelo disposto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observado o disposto no parágrafo único;

III - declaração assinada pelos representantes dos mantenedores ou patrocinadores remanescentes junto às entidades de Autogestão, afirmando que não há qualquer restrição à saída do pretendente; e

IV - declaração de inexistência de dívidas com os provedores de serviço de assistência à saúde, relativas aos beneficiários vinculados ao mantenedor ou patrocinador.

Parágrafo único. As condições de garantia dos riscos referidos no *caput* do art. 5º deverão ser preservadas pela própria entidade de autogestão ou, quando for o caso, por intermédio de acordo entre os mantenedores remanescentes.

CAPÍTULO IV
DA FORMA DE OPERAÇÃO

Art. 21. A entidade de autogestão deverá operar por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, cuja administração será realizada de forma direta.

§1º É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora;[3]

§ 2º As entidades de autogestão poderão oferecer cobertura em localidade diversa da área de atuação do produto aos beneficiários que estejam provisoriamente e por motivo de trabalho residindo naquela localidade, na forma de serviço adicional devidamente registrado ou contratado, até o limite de 10% (dez por cento) do total de beneficiários de carteira.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 22. A entidade de autogestão que, na data da publicação desta resolução, já prestava serviços de assistência à saúde a beneficiários distintos dos grupos mencionados nos incisos I e II do art. 2º, poderá

[1] O Título foi posicionado após o art. 16 conforme RN nº 148/2007.

[2] O *caput* do art. 18 está alterado, bem como foi acrescido o § único, conforme RN nº 272/2011.

[3] Os §§ 1º e 2º do art. 21 foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 355/2014.

continuar a fazê-lo, sendo-lhe vedado o ingresso de novos beneficiários nesses planos, que serão denominados planos bloqueados ou em extinção.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* sujeitará a entidade de autogestão à sanção administrativa cabível e à reclassificação de sua modalidade.

Art. 23. Os integrantes dos órgãos colegiados de administração superior da entidade de autogestão deverão preencher os requisitos exigidos pela regulamentação em vigor para o exercício do cargo de administrador.

Parágrafo único. As exigências previstas no *caput* não se aplicam aos integrantes dos órgãos colegiados de administração superior da entidade de autogestão definida no inciso I do art. 2º.

Art. 24. As entidades de autogestão deverão adaptar-se às disposições desta resolução até o dia 21 de maio de 2007.[1]

Art 25. A DIOPE e a DIPRO ficam autorizadas, no âmbito de suas respectivas atribuições regimentais, a editar outros atos normativos que julgarem necessários ao fiel cumprimento desta resolução.

Art. 26. Ficam revogados os artigos 6º, 7º, 8º e 14 da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000; o art. 11 da RN Nº 11, de 22 de julho de 2002; o art. 14 da RN Nº 26, de 1 de abril de 2004; e o art. 3º da RN Nº 75, de 10 de maio de 2004.

Art. 27. Ficam sem efeito a Resolução CONSU nº 5, de 4 de novembro de 1998; o item III do art. 1º da Resolução CONSU nº 15, de 23 de março de 1999.

Art. 28. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Os arts. 24 e 26 estão alterados conforme RN nº 148/2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 139, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2006[1]

Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhes foram conferidas pelos arts. 3º; 4º, incisos V, XV, XXIV, XXV, XXVII, XXXII, XXXVII e XLI, alíneas "a" e "b"; e 10, incisos I e II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e considerando o disposto no art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004; nos arts. 35-F e 35-G da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e no art. 44 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em reunião realizada em 14 de novembro de 2006, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

TÍTULO I
OBJETO E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Esta Resolução institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no âmbito do sistema de saúde suplementar, como parte integrante da política de qualificação da saúde suplementar da ANS.

TÍTULO II
DA POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 2º A política de qualificação da saúde suplementar visa construir um mercado de saúde suplementar cujo principal interesse seja a produção da saúde, com a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, embasada na Lei 9656 de 3 de junho de 1998 e nos seguintes princípios:
I - qualidade;
II - integralidade; e
III - resolutividade.
Art. 3º A ANS, na implementação da política de qualificação da saúde suplementar, propõe-se a:
I - incentivar as operadoras a atuar como gestoras de saúde;
II - incentivar os prestadores a atuar como produtores do cuidado de saúde;
III - incentivar os beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária; e
IV - aprimorar sua capacidade regulatória.

TÍTULO III
DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 4º Programa de Qualificação da Saúde Suplementar consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de saúde suplementar.
Art. 5º O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar é composto pelas seguintes linhas de avaliação:
I - avaliação de desempenho das operadoras, denominada qualificação das operadoras; e
II - avaliação de desempenho da ANS, denominada qualificação institucional.
Art. 6º As avaliações de desempenho são expressas pelos seguintes índices:
I - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora - IDSS; e
II - Índice de Desempenho Institucional - IDI.
Art. 7º O IDSS e o IDI são calculados por meio de um conjunto de indicadores definidos pela ANS e permanentemente avaliados para o aprimoramento do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

TÍTULO IV
DA QUALIFICAÇÃO DAS OPERADORAS

Art. 8º A qualificação das operadoras avaliará, por competência anual, o desempenho das operadoras com registro ativo junto a ANS que operaram planos próprios médico-hospitalares, médico-hospitalares com odontologia ou exclusivamente odontológicos, nos doze meses do ano avaliado.[2]

[1] Publicada no DOU em 27/11/2006, seção 1, p. 54 e 55.
[2] O art. 8º está alterado conforme art. 2º da RN nº 193/2009.

CAPÍTULO I
DA AVALIAÇÃO

Seção I
Dos Indicadores

Art. 9º A avaliação das operadoras é feita com base em indicadores definidos pela ANS e formalizados em fichas técnicas específicas, que conterão, no mínimo, os seguintes elementos:
I - a identificação;
II - a conceituação;
III - o método de cálculo;
IV - a definição dos termos utilizados;
V - a meta;
VI - o critério de pontuação; e
VII - a fonte dos dados.
Parágrafo único. O desempenho do indicador é calculado pela razão entre a pontuação obtida e a pontuação fixada pela ANS, variando entre zero e um.
Art. 9º-A Os indicadores terão como fonte os dados disponíveis nos sistemas oficiais de informação, em especial os sistemas de informação da ANS e do Ministério da Saúde.[1]

Seção II
Dos Índices de Desempenho da Dimensão

Art. 10. Os indicadores avaliados são agregados nas seguintes dimensões:
I - dimensão da atenção à saúde;
II - dimensão econômico-financeira;
III - dimensão de estrutura e operação; e
IV - dimensão de satisfação dos beneficiários.
§1º A dimensão da atenção à saúde é composta por um conjunto de indicadores, definidos a partir de linhas de cuidado em saúde, que avaliará a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários.
§2º A dimensão econômico-financeira consiste na avaliação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assinados de acordo com a legislação vigente.
§3º A dimensão estrutura e operação consiste na avaliação do modo de produção da operadora.
§4º A dimensão satisfação do beneficiário consiste na avaliação que o beneficiário fará do cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.
§5º A relação dos indicadores, por dimensão, será apresentada anualmente pelo Comitê Executivo do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar à Diretoria Colegiada da ANS para aprovação e publicação. [2]
§6º As autogestões que estiveram desobrigadas a enviar o DIOPS, durante o período avaliado, não contarão com a avaliação da dimensão econômico-financeiras e o IDSS será calculado diretamente proporcional ao resultado da soma dos índices de desempenho ponderados das outras três dimensões.
Art. 11. Para cada dimensão deve ser atribuído um índice de desempenho, calculado com base na razão entre o somatório das pontuações obtidas pela operadora e o somatório das pontuações estabelecidas no conjunto de indicadores da dimensão.

Seção III
Do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora

Art. 12. O IDSS da operadora é calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão de forma ponderada.
§1º A ponderação das dimensões é de:[3]
I - 40 % (quarenta por cento) para a dimensão da atenção à saúde;
II - 20 % (vinte por cento) para a dimensão econômico-financeira;
III - 20% (vinte por cento) para a dimensão de estrutura e operação; e
IV - 20% (vinte por cento) para a dimensão da satisfação do beneficiário.

---

[1] O art. 9º-A foi acrescido conforme art. 5º da RN nº 193/2009.

[2] Os §§5º e 6º do art. 10 foram acrescidos conforme art. 3º da RN nº 193/2009.

[3] O §1º do art. 12 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 282/2011.

§2º A ponderação das dimensões poderá ser alterada por decisão da Diretoria Colegiada.

Seção IV
Do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar do Setor

Art. 13. O IDSS do setor é calculado a partir dos IDSS da operadora, ponderados pelo número de beneficiários da modalidade correspondente, podendo ser agregados por segmento, modalidade assistencial e porte da operadora.

Seção V
Da Divulgação[1]

Art. 14. Os resultados preliminares da avaliação de desempenho da operadora no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, com todas as informações necessárias à sua verificação, serão previamente disponibilizados pela ANS à própria operadora, para que esta formule os questionamentos que entender pertinentes à ANS.[2]
Parágrafo único. A ANS analisará os questionamentos formulados e, se necessário, efetuará os ajustes devidos e disponibilizará novamente os resultados preliminares à operadora.
Art. 14-A. O IDSS será divulgado ao público, conforme definição da Diretoria Colegiada.[3]
Art. 14-B. Depois de serem divulgados os resultados finais, as operadoras terão quinze dias para apresentar recurso, por escrito, a DIGES, a qual, se não reconsiderar a decisão, encaminhará à Diretoria Colegiada para julgamento.
Parágrafo único. Na hipótese de acolhimento do pedido, ainda que de forma parcial, serão efetuados os ajustes identificados e necessários.

Seção VI
Das Visitas Técnicas

Art. 15. Os resultados do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar serão utilizados para priorizar ações da ANS que potencializem o trabalho integrado de análise e monitoramento do setor, auxiliando as operadoras avaliadas a implementar estratégias de qualificação das suas ações.
Parágrafo único. A Diretoria Colegiada da ANS nomeará grupo de servidores para planejar, organizar e executar as ações necessárias à implementação das visitas técnicas.

TÍTULO V
DA QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

Art. 16. A qualificação institucional deve avaliar, num período de competência anual, o desempenho da ANS nos seus processos de trabalho e seus reflexos no campo da saúde suplementar.

CAPÍTULO I
DA AVALIAÇÃO

Seção I
Dos Indicadores

Art. 17. A avaliação institucional é feita com base em indicadores definidos pela própria ANS, que serão formalizados em fichas técnicas específicas e conterão, no mínimo, os seguintes elementos:
I - a identificação;
II - a conceituação;
III - o método de cálculo;
IV - a definição dos termos utilizados;
V - a meta;
VI - o critério de pontuação; e
VII - a fonte dos dados.

[1] A Seção V do Capítulo I do Título IV está alterada conforme art. 4º da RN nº 193/2009.
[2] O art. 14 está alterado conforme art. 4º da RN nº 193/2009.
[3] Os arts. 14-A e 14-B estão incluídos conforme art. 4º da RN nº 193/2009.

Parágrafo único. O desempenho do indicador é calculado pela razão entre a pontuação obtida e a pontuação estabelecida.

Seção II
Dos Índices de Desempenho da Dimensão

Art. 18. A avaliação institucional é realizada com base em indicadores agrupados em dimensões.
Parágrafo único. Para cada dimensão é definido um índice de desempenho, calculado com base na razão entre o somatório das pontuações obtidas e o somatório das pontuações estabelecidas no conjunto de indicadores da dimensão.

Seção III
Do Índice de Desempenho Institucional

Art. 19. O IDI é calculado a partir do somatório dos índices de desempenho da dimensão de forma ponderada.
Parágrafo único. A Diretoria Colegiada da ANS definirá anualmente as dimensões e suas respectivas ponderações, fornecendo subsídios para o monitoramento e a avaliação institucional da Agência, de forma integrada ao Contrato de Gestão.

Seção IV
Da Divulgação

Art. 20. Os resultados da ANS no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar serão previamente disponibilizados para cada área responsável com todas as informações necessárias à sua verificação.
Parágrafo único. O IDI, uma vez homologado pela Diretoria Colegiada da ANS, estará apto para divulgação ao público.

TÍTULO IV
DAS DISPOSICÕES FINAIS

Art. 21. Os procedimentos operacionais referentes à qualificação institucional serão regulamentados por intermédio de ato normativo específico da Diretoria de Gestão - DIGES. [1]
Art. 22. Institui-se um comitê executivo composto por membros de todas as Diretorias, coordenado pela Diretoria de Gestão, com as atribuições de planejamento, articulação e implementação do Programa de Qualificação, podendo constituir os grupos técnicos necessários à sua execução.
Art. 22-A. Serão definidos pelo comitê executivo e divulgados por meio de ato normativo específico da DIGES, em relação à qualificação das operadoras: [2]
I - as fichas técnicas dos indicadores, suas fontes de dados, bem como as metodologias a serem empregadas;
II - a relação dos sistemas de informação e as respectivas datas ou competências em que se obterá os dados necessários para o cálculo dos indicadores;
III - os critérios a serem utilizados para cálculo do índice de desempenho das dimensões;
IV - os prazos e meios pelos quais as operadoras poderão enviar os questionamentos citados no artigo 14 desta resolução; e
V - demais procedimentos operacionais que se façam necessários.
Art. 22-B. A operadora poderá divulgar, na propaganda de seus produtos, os resultados obtidos em sua avaliação de desempenho, desde que contenha no mínimo:
I - em idêntico destaque, o IDSS como divulgado pela ANS e o respectivo ano avaliado;
II - em idêntico destaque, o IDSS mais recente, publicado pela ANS; e
III - os dizeres: "Mais informações pela internet em: http://www.ans.gov.br.
Art.22-C. Não será divulgado o IDSS da operadora que, no momento da publicação do referido resultado, se encontrar em uma das seguintes situações:[3]
I - em regime especial de direção fiscal;
II - em regime de direção técnica; ou
III - em processo de cancelamento do registro da operadora.

[1] O art. 21 está alterado conforme art. 2º da RN nº 193/2009.

[2] Os arts. 22-A e 22-B foram acrescidos conforme art. 5º da RN nº 193/2009.

[3] O art. 23-C foi acrescido, conforme art. 1º da RN nº 333/2013.

Parágrafo único. Este artigo se aplica inclusive para o IDSS referente ao ano base de 2012 a ser divulgado em 2013.

Art. 23. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 159, DE 3 DE JULHO DE 2007[1]

Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo art. 10, II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e tendo em vista o disposto nos arts. 35, IV, "a", e parágrafo único, e 35-L da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, em reunião realizada em 28 de junho de 2007, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
OBJETO E ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 1º Esta resolução dispõe sobre a aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão, que visam lastrear as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional, no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Parágrafo único. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com número de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, ficam dispensadas dos critérios de vinculação, custódia e movimentação de ativos garantidores aplicados nos segmentos de renda fixa e variável, de que trata a presente Resolução.[2]

CAPÍTULO II
DEFINIÇÕES

Art. 2º Para fins desta resolução, define-se:

I - operadora de planos privados de assistência à saúde - OPS: a pessoa jurídica de direito privado constituída sob a forma de associação, sociedade simples ou empresária que opere produto, serviços ou contrato de planos privados de assistência à saúde definidos no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

II - ativos garantidores: bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas;[3]

III - registro: anotação em um rol controlado pela ANS de ativos garantidores informados pela operadora, na forma definida em regulamentação específica pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE;

IV - custódia: a centralização da manutenção escritural, guarda e titularidade de títulos e valores mobiliários em conta de custódia junto à Companhia Brasileira de Liquidação e Custódia - CBLC, à Central de Custódia e de Liquidação Financeira de Títulos - CETIP e ao Sistema Especial de Liquidação e Custódia - SELIC, de acordo com a espécie de ativo;

V - dependência operacional: a diferença, entre o prazo médio de pagamento de eventos e o prazo médio de recebimento de contraprestações, decorrente do ciclo financeiro da operação de planos privados de assistência à saúde;

VI - excedente da dependência operacional: o valor lastreado por ativos financeiros, decorrente do que exceder o limite financeiro de dependência operacional permitido pela ANS;

VII - provisões técnicas: os valores contabilizados no passivo e que devem refletir as obrigações futuras esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde;

---

[1] Publicada no DOU em 04/07/2007, seção 1, p. 96, 97 e 98.

[2] O parágrafo único do art. 1º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 274/2011.

[3] O inciso II do art. 2º foi alterado conforme art. 5º da RN nº 206/2009 e novamente alterado, conforme art. 3º da RN nº 274/2011.

VIII – Revogado.[1]
IX – Revogado.
X - fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar: o fundo de investimento financeiro de aplicação preferencial das operadoras;
XI - situação regular: a situação da operadora que cumprir todos os requisitos para a obtenção da autorização para funcionamento, mesmo em processo de outorga dessa autorização, cumprir todas as normas de adequação da diversificação e da cobertura das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional e não apresentar desequilíbrio econômico-financeiro;
XII - operadora de pequeno porte: a pessoa jurídica de direito privado com número de beneficiários inferior a vinte mil;
XIII - operadora de médio porte: a pessoa jurídica de direito privado com número de beneficiários entre vinte mil e cem mil; e
XIV - operadora de grande porte: a pessoa jurídica de direito privado com número de beneficiários superior a cem mil beneficiários.
Parágrafo único. O enquadramento do porte da operadora será efetuado com base no cadastro de beneficiários e apurado trimestralmente, quando do envio do DIOPS, devendo ser levada em consideração a média de beneficiários informados nos últimos seis meses anteriores à data do último mês de referência, inclusive.
XV - imóvel assistencial: bem imóvel de propriedade plena da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente à instalação de consultório, clínica, hospital ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;[2]
XVI - imóvel operacional: bem imóvel de propriedade plena da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente para fim operacional, a exemplo da instalação de sede administrativa, que não se enquadre na definição do inciso XV deste artigo;

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 3º Os ativos garantidores das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional das operadoras serão registrados na ANS e aplicados de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta resolução, de modo que lhes sejam conferidos segurança, rentabilidade e liquidez.
Art. 4º Não serão registrados, como garantidores, ativos sem comprovação de sua origem ou que não estejam livres e desembaraçados de ônus ou gravames judiciais ou extrajudiciais de qualquer natureza.
Art. 5º Os ativos garantidores registrados na ANS não poderão ser alienados, prometidos à alienação ou de qualquer forma gravados, sem prévia e expressa autorização da ANS, sendo nulas de pleno direito as alienações ou os gravames porventura constituídos.
Art. 6º Revogado.[3]
Art. 7º Observadas as limitações relativas aos requisitos de diversificação e as demais condições estabelecidas nesta resolução, os recursos garantidores das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional devem ser alocados em quaisquer dos seguintes segmentos de aplicação:
I – Revogado.[4]
II - de renda fixa;
III - de renda variável; e
IV - imóveis.[5]

[1] Os incisos VIII e IX foram revogados conforme art. 6º da RN nº 206/2009.
[2] Os incisos XV e XVI do art. 2º estão alterados conforme art. 3º da RN nº 274/2011, o qual foi alvo de retificação publicada no DOU em 01/11/2011, seção 1, p. 58 e 59.
[3] O art. 6º está revogado conforme art. 6º da RN nº 206/2009.
[4] O inciso I do art. 7º foi revogado conforme art. 6º da RN nº 206/2009.
[5] O inciso IV do art. 7º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 274/2011.

CAPÍTULO IV
IMÓVEIS
Seção I
Registro

Art. 7º-A. Os imóveis poderão ser registrados para lastrear as provisões técnicas desde que atendam as seguintes condições:[1]
I - ser de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora;
II - ser imóvel operacional ou assistencial;
III - possuir inscrição municipal para o recolhimento do IPTU com a titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão ou com a titularidade do controlador, direto ou indireto, da operadora ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora;
IV - estar registrado em conta do ativo imobilizado da pessoa jurídica proprietária; e
V - não estar gravado com cláusula de restrição de uso ou reserva de domínio, nem com ônus ou gravame de qualquer espécie, nem ser resolúvel a propriedade.
Parágrafo único. Não serão aceitos como ativo garantidor bens imóveis em condomínio, frações de bens indivisíveis e imóveis rurais.

Seção II
Vinculação

Art. 7º-B. O pedido de vinculação de imóvel a ser registrado como ativo garantidor deverá ser feito à ANS, em duas vias, na forma do Anexo V, e vir acompanhado de uma cópia autenticada da certidão de ônus reais do imóvel, expedida há, no máximo, 30 (trinta) dias da data do requerimento, além de declaração de que o imóvel se enquadra no conceito de imóvel operacional ou de imóvel assistencial.
Parágrafo único. A ANS poderá, a seu critério, exigir quaisquer outros documentos que julgar necessários para a complementação da análise.
Art. 7º-C. Deferida a vinculação do imóvel, a ANS determinará que a operadora providencie junto ao registro de imóveis competente a respectiva averbação na matrícula do imóvel, arcando a operadora com todos os custos.
Art. 7º-D. Uma vez efetivada a averbação, a operadora deverá encaminhar à ANS nova certidão de ônus reais contendo o gravame de vinculação.
Parágrafo único. A vinculação somente será considerada efetivada com a certificação pela ANS da devida apresentação da certidão de que trata o *caput* deste artigo.
Art. 7º-E. Os imóveis vinculados à ANS deverão ser contabilizados e periodicamente informados à ANS, por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.
Art. 7º-F. As operadoras que ainda possuírem averbação no registro de imóveis de vinculação referente a regulamentações anteriores, deverão submeter novos pedidos de vinculação.
Art. 7º-G. Sempre que requisitado, a operadora deverá encaminhar à ANS certidão vintenária ou certidão de ônus reais atualizada, relativa ao bem imóvel ao qual o vínculo se refere.
Parágrafo único. Considera-se atualizada a certidão cuja data de expedição esteja compreendida no prazo de 30 (trinta) dias anteriores à data do seu encaminhamento à ANS.

Seção III
Desvinculação

Art. 7º-H. O pedido de desvinculação de imóvel registrado como ativo garantidor deverá ser feito à ANS na forma do Anexo V, devendo a operadora comprovar a suficiência de outros ativos para suportar a totalidade da garantia.
Art. 7º-I. Autorizada a desvinculação do imóvel, a ANS comunicará o fato à operadora, que, de posse da autorização, ficará responsável por sua averbação na matrícula do imóvel.
Art. 8º Revogado. [2]

---

[1] Os arts. 7º-A, 7º-B, 7º-C, 7º-D, 7º-E, 7º-F, 7º-G, 7º-H, 7º-I estão incluídos conforme art. 3º da RN nº 274/2011.
[2] Os arts. 8º, 9º e 10 foram revogados conforme art. 6º da RN nº 206/2009.

Art. 9º Revogado.
Art. 10. Revogado.
Art. 11. Revogado.[1]
Art. 12. Revogado.
Art. 13. Revogado.
Art. 14. Revogado.

CAPÍTULO V
TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS

Seção I
Vinculação

Art. 15. As operadoras deverão manter em contas junto à CBLC, à CETIP ou ao SELIC, exclusivamente para a vinculação à ANS, os respectivos títulos e valores mobiliários registrados como ativos garantidores das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional, observando o disposto nesta resolução.
Parágrafo único. A obrigatoriedade estabelecida no *caput* fica condicionada à existência de ativos mantidos em cada um dos sistemas ali referidos, desde que esses ativos sejam registrados como garantidores das provisões técnicas ou do excedente da dependência operacional das operadoras.

Seção II
Convênio

Art. 16. As operadoras que optarem por adquirir quotas de fundo de investimento dedicado ao setor de saúde suplementar, cujas instituições financeiras administradoras possuam convênio com a ANS, estarão isentas da necessidade de custódia dessas quotas.
§1º O convênio deverá prever que as quotas estarão vinculadas à ANS, a qual poderá consultar o montante total de quotas adquiridas e ordenar o bloqueio e desbloqueio, total ou parcial, a qualquer momento, de todos os valores aplicados em nome da operadora.
§2º Os critérios e condições para a celebração do convênio com a ANS para gerir os fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar serão definidos pela DIOPE em regulamentação específica.
Art. 17. Os requisitos de diversificação para aplicação nos fundos de investimentos dedicados ao setor de saúde suplementar serão os constantes dos artigos 24 e 25.
Art. 18. As condições e critérios de movimentação dos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar devem observar ao disposto nos arts. 19, 19-A e 21.[2]

Seção III
Movimentação

Art. 19. A operadora poderá requerer à ANS autorização para movimentar sua carteira de títulos e valores mobiliários, desde que esteja em situação regular e atenda as seguintes exigências:
I - mantenha os títulos e valores mobiliários em conta própria de custódia vinculada junto à CBLC, à CETIP e ao SELIC, conforme cada um dos mercados; e
II - a toda venda ou resgate de títulos ou valores mobiliários corresponda a compra ou aplicação imediata, de igual ou maior valor, excetuada a hipótese de existência de excesso de cobertura.
Art. 19-A. A operadora participante do programa de conformidade regulatória, instituído pela Resolução Normativa - RN Nº 278, de 17 de novembro de 2011, pode requerer à ANS autorização para movimentar livremente sua carteira de títulos e valores mobiliários.[3]
Art. 20. Revogado.[4]
Art. 21. A operadora que não possua autorização para movimentar carteira de títulos e valores mobiliários poderá requerer, na forma do anexo IV, a liberação de vínculo à ANS.[5]

---

[1] Os arts. 11, 12, 13 e 14 foram revogados conforme art. 6º da RN nº 206/2009.
[2] O art. 18 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 11 da RN nº 278/2011.
[3] O art. 19-A está acrescido conforme art. 12 da RN nº 278/2011.
[4] O art. 20 está revogado conforme art. 16 da RN nº 278/2011.
[5] O art. 21 passou a vigorar com nova redação conforme art. 11 da RN nº 278/2011.

CAPÍTULO VI
LIMITES DE APLICAÇÃO
Seção I
Segmento De Imóveis

Art. 22. Revogado. [1]
Art. 23. Revogado.

Seção II
Operadora De Grande Porte

Subseção I
Segmento De Renda Fixa

Art. 24. Os recursos da operadora de grande porte devem ser aplicados no segmento de renda fixa, isolada ou cumulativamente, obedecendo-se os seguintes limites:
I - até cem por cento em:
a) títulos de emissão do Tesouro Nacional;
b) títulos de emissão do Banco Central do Brasil - BACEN;
c) créditos securitizados pelo Tesouro Nacional;
d) títulos de emissão de Estados e Municípios objeto de contratos firmados ao amparo da Lei nº 9.496, de 11 de setembro de 1997, ou da Medida Provisória nº 2.185-35, de 24 de agosto de 2001;
e) quotas de fundos de investimento financeiro, constituídos sob a forma de condomínio aberto, cuja carteira esteja representada exclusivamente pelos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso; e
f) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso;
II - até oitenta por cento em:
a) certificados e recibos de depósito bancário;
b) letras de câmbio de aceite de instituições financeiras;
c) letras hipotecárias;
d) letras e cédulas de crédito imobiliário;
e) cédulas de crédito bancário;
f) certificados de cédulas de crédito bancário;
g) debêntures de distribuição pública;
h) cédulas de debêntures;
i) notas promissórias emitidas por companhias abertas, destinadas a oferta pública;
j) certificados de recebíveis imobiliários;
k) contratos mercantis de compra e venda de produtos, mercadorias ou serviços para entrega ou prestação futura, bem como em títulos ou certificados representativos desses contratos;
l) quotas de fundos de investimento financeiro, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
m) quotas de fundos de aplicação em quotas de fundos de investimento, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
n) depósitos de poupança;
o) quotas de fundos de intermediação de direitos creditórios vinculados a operações de planos privados de assistência à saúde; e
p) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "n" deste inciso;
III - até dez por cento em:
a) quotas de fundos de investimento no exterior;
b) quotas de fundos de investimento em direitos creditórios;
c) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em direitos creditórios; e
d) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos no presente inciso.

[1] Os arts. 22 e 23 estão revogados conforme art. 6º da RN nº 206/2009.

Subseção II
Segmento de Renda Variável

Art. 25. Os recursos da operadora de grande porte aplicados no segmento de renda variável devem ser limitados a quarenta e nove por cento no conjunto dos investimentos, isolada ou cumulativamente, obedecendo aos seguintes limites:

I - até quarenta e nove por cento em:

a) ações de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 25 de setembro de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, sejam admitidas à negociação em segmento especial por essas mantido, nos moldes do Novo Mercado da BOVESPA;

b) bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias que atendam às condições da alínea "a" deste inciso;

c) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos nas alíneas "a" e "b" deste inciso; e

d) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "c" deste inciso;

II - até quarenta por cento em:

a) ações de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas na CVM, sejam classificadas no Nível 2 da BOVESPA;

b) bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias que atendam às condições da alínea "a" deste inciso;

c) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos nas alíneas "a" e "b" deste inciso; e

d) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "c" deste inciso;

III - até trinta e cinco por cento em:

a) ações de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas na CVM, sejam classificadas no Nível 1 da BOVESPA;

b) bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias que atendam às condições da alínea "a" deste inciso;

c) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos nas alíneas "a" e "b" deste inciso; e

d) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "c" deste inciso;

IV - até trinta por cento nos ativos abaixo relacionados que não satisfaçam as condições previstas nos incisos I a III deste artigo:

a) ações, bônus de subscrição de ações, recibos de subscrição de ações e certificados de depósitos de ações de emissão de companhias abertas negociadas em bolsa de valores;

b) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por valores mobiliários referidos na alínea "a" deste inciso; e

c) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio aberto, cujas carteiras estejam representadas por quotas dos fundos de investimento referidos na alínea "b" deste inciso;

V - até quinze por cento em:

a) quotas de fundos de investimento classificados como fundos multimercado, constituídos sob a forma de condomínio aberto; e

b) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento classificados como fundos multimercado, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
VI - até cinco por cento em ações, em bônus de subscrição de ações, em recibos de subscrição de ações e em certificados de depósitos de ações de companhia aberta adquiridos em mercado de balcão organizado por entidade credenciada na CVM;
VII - até três por cento nos seguintes ativos, observadas as condições definidas no §2º deste artigo:
a) ações e debêntures de emissão de sociedades de propósito específico constituídas com a finalidade de viabilizar financiamento de projetos;
b) quotas de fundos de investimento em empresas emergentes;
c) quotas de fundos de investimento em participações, nos termos da regulamentação baixada pela CVM;
d) quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio fechado; e
e) quotas de fundos de investimento em quotas de fundos de investimento em títulos e valores mobiliários constituídos sob a forma de condomínio fechado;
VIII - até três por cento em:
a) certificados de depósito de valores mobiliários com lastro em ações de emissão de companhia aberta, ou de companhia que tenha características semelhantes às companhias abertas brasileiras, com sede no exterior, classificadas nos níveis II e III definidos em regulamentação da CVM, cuja distribuição tenha sido registrada naquela autarquia;
b) ações de emissão de companhias sediadas em países signatários do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL ou em certificados de depósito dessas ações admitidos à negociação em bolsa de valores no País; e
c) debêntures com participação nos lucros cuja distribuição tenha sido registrada na CVM.
§1º É vedada a aplicação de recursos, no caso das inversões de que trata o inciso VI deste artigo, em ações que não pertençam a índice de mercado de balcão organizado, ou que não tenham pertencido ao mesmo índice no mês anterior, bem como nos respectivos bônus de subscrição, recibos de subscrição e certificados de depósitos de ações.
§2º As aplicações referidas no inciso VII deste artigo ficam condicionadas à observância de que as sociedades de propósito específico, as empresas emissoras dos ativos integrantes das carteiras dessas sociedades, os fundos de investimento em empresas emergentes e os fundos de investimento em participações:
I - prevejam em seus regulamentos, no que couber, o atendimento aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, para as companhias admitidas à negociação em segmento especial nos moldes do Novo Mercado ou classificadas no Nível 2 da BOVESPA; e
II - formalizem perante a CVM compromisso de, no caso de abertura de seu capital, aderirem aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado, credenciadas naquela autarquia para negociação em segmento especial, nos moldes do Novo Mercado ou classificação no Nível 2 da BOVESPA.

Seção III
Operadora de Médio Porte

Subseção I
Segmento de Renda Fixa

Art. 26. Os recursos da operadora de médio porte devem ser aplicados no segmento de renda fixa, isolada ou cumulativamente:
I - até cem por cento em:
a) títulos de emissão do Tesouro Nacional;
b) títulos de emissão do BACEN;
c) créditos securitizados pelo Tesouro Nacional;
d) títulos de emissão de estados e municípios objeto de contratos firmados ao amparo da Lei nº 9.496, de 11 de setembro de 1997, ou da Medida Provisória nº 2.185-35, de 24 de agosto de 2001;
e) quotas de fundos de investimento financeiro cuja carteira esteja representada exclusivamente pelos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso; e

f) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso.
II - até oitenta por cento em:
a) certificados e recibos de depósito bancário;
b) letras de câmbio de aceite de instituições financeiras;
c) letras hipotecárias;
d) letras e cédulas de crédito imobiliário;
e) cédulas de crédito bancário;
f) certificados de cédulas de crédito bancário;
g) debêntures de distribuição pública;
h) cédulas de debêntures;
i) notas promissórias emitidas por companhias abertas, destinadas a oferta pública;
j) certificados de recebíveis imobiliários;
k) contratos mercantis de compra e venda de produtos, mercadorias e/ou serviços para entrega ou prestação futura, bem como em títulos ou certificados representativos desses contratos;
l) quotas de fundos de investimento financeiro, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
m) quotas de fundos de aplicação em quotas de fundos de investimento, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
n) depósitos de poupança;
o) quotas de fundos de intermediação de direitos creditórios vinculados a operações de planos privados de assistência à saúde; e
p) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "n" deste inciso.

Subseção II
Segmento de Renda Variável

Art. 27. Os recursos da operadora de médio porte aplicados no segmento de renda variável devem ser limitados a trinta por cento em ações de emissão de companhia aberta, negociadas em bolsa de valores, exceto quanto ao disposto no art. 17.

Seção IV
Operadora de Pequeno Porte

Subseção I
Segmento de Renda Fixa

Art. 28. Os recursos da operadora de pequeno porte devem ser aplicados no segmento de renda fixa, isolada ou cumulativamente, obedecendo aos seguintes limites:
I - até cem por cento em:
a) títulos de emissão do Tesouro Nacional;
b) títulos de emissão do BACEN;
c) créditos securitizados pelo Tesouro Nacional;
d) quotas de fundos de investimento financeiro cuja carteira esteja representada exclusivamente pelos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso; e
e) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos nas alíneas "a" a "c" deste inciso;
II - até oitenta por cento em:
a) certificados e recibos de depósito bancário;
b) quotas de fundos de investimento financeiro, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
c) quotas de fundos de aplicação em quotas de fundos de investimento, constituídos sob a forma de condomínio aberto;
d) depósitos de poupança; e
e) recibo de depósito cooperativado, desde que possível a custódia individual das quotas para cada operadora, e desde que aplicado exclusivamente nos títulos referidos neste inciso.

Subseção II
Segmento de Renda Variável

Art. 29. É vedado à operadora de pequeno porte efetuar aplicação em ativos financeiros do segmento de renda variável, exceto quanto ao disposto no art. 17.

CAPÍTULO VII
REQUISITOS DE DIVERSIFICAÇÃO

Art. 30. Além dos limites estabelecidos nesta resolução, devem ser observados os seguintes requisitos de diversificação:
I - a aplicação em quaisquer títulos ou valores mobiliários de emissão ou co-obrigação de uma mesma pessoa jurídica que não instituição financeira, de sua controladora, de sociedades por ela direta ou indiretamente controladas e de coligadas ou outras sociedades sob controle comum, bem como de um mesmo Estado, Município ou fundo de investimento não pode exceder dez por cento do valor total dos recursos;
II - as aplicações em quaisquer títulos ou valores mobiliários de emissão ou co-obrigação de uma mesma instituição financeira, de sua controladora, de sociedades por ela direta ou indiretamente controladas e de coligadas ou outras sociedades sob controle comum não pode exceder vinte por cento do valor total dos recursos;
III - as aplicações em letras de câmbio, em letras e cédulas de crédito imobiliário, em cédulas de crédito bancário, em certificados de cédulas de crédito bancário, em debêntures, em cédulas de debêntures, em notas promissórias e em certificados de recebíveis imobiliários de uma única companhia não podem exceder cinco por cento do valor total dos recursos; e
IV - as aplicações em ações de uma mesma companhia não podem exceder:
a) vinte por cento do seu capital votante; e
b) cinco por cento do valor total dos recursos, podendo esse limite ser majorado para até dez por cento, no caso de ações:
1. de emissão de companhias que, em função de adesão aos padrões de governança corporativa definidos na Resolução BACEN nº 3.121, de 2003, por bolsa de valores ou entidade mantenedora de mercado de balcão organizado credenciadas na CVM, sejam classificadas nos moldes do Novo Mercado ou do Nível 2 da BOVESPA; e
2. representativas de percentual igual ou superior a três por cento do IBOVESPA, do IBX ou do FGV-100.
§1º Para efeito do disposto no inciso II deste artigo, devem ser computados os valores dos depósitos de poupança realizados em uma mesma instituição financeira.
§2º O disposto neste artigo não se aplica:
I - aos títulos de emissão do Tesouro Nacional, aos títulos de emissão do BACEN e aos créditos securitizados pelo Tesouro Nacional; e
II - aos investimentos em quotas de fundos de investimento referidos na alínea "e" do inciso I do art. 24, na alínea "e" do inciso I do art. 26 e na alínea "d" do art. 28.
III - aos investimentos em quotas de fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar referidos no art. 16.
§3º Para efeito do disposto no inciso IV deste artigo, deve ser adicionado, ao total de ações, o total de bônus de subscrição e de debêntures conversíveis em ações de uma mesma companhia.
Art. 31. As aplicações dos recursos em quotas de quaisquer dos fundos de investimento a seguir especificados não podem exceder vinte e cinco por cento do patrimônio líquido desses:
I - fundo de investimento em direitos creditórios, sob a forma de condomínio fechado;
II - fundo de investimento em quotas de fundos de investimento em direitos creditórios, sob a forma de condomínio fechado; e
III - fundo de investimento imobiliário.
Art. 32. O total das aplicações em valores mobiliários de uma mesma série não pode exceder vinte e cinco por cento de tal série.
Parágrafo único. O disposto no *caput* não se aplica a ações, bônus de subscrição de ações e recibos de subscrição de ações de uma companhia, nem a certificados de recebíveis imobiliários.

CAPÍTULO VIII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 33. A aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas das seguradoras especializadas em seguro-saúde continuará a ser feita de acordo com as normas baixadas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN, observando-se, no que couber, o disposto nesta resolução.

Parágrafo único. Não se aplica às operadoras referidas do *caput* a obrigação de vincular ativos garantidores relacionados ao valor do seu excedente da dependência operacional.

Art. 34. As operadoras deverão providenciar a vinculação dos seus ativos garantidores à ANS até o dia 1º de janeiro de 2008.

Art. 35. As operadoras deverão manter à disposição da ANS toda a documentação comprobatória do disposto nesta resolução.

Art. 36. Os demais atos normativos necessários ao fiel cumprimento desta resolução serão editados pela DIOPE.

Art. 37. A Circular SUSEP nº 7, de 20 de junho de 1997; a Circular SUSEP nº 93, de 9 de junho de 1999; a Circular SUSEP nº 126, de 7 de abril de 2000; e outras normas cujas matérias já tenham sido disciplinadas por esta resolução ficam sem aplicabilidade no âmbito do sistema de saúde suplementar.

Art. 38. Revogam-se as disposições em contrário, especialmente a RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004.

Art. 39. Esta resolução entra em vigor trinta dias após a data de sua publicação.

JOSÉ LEONCIO DE ANDRADE FEITOSA
Diretor-Presidente Substituto

ANEXO I
Revogado. [1]

ANEXO II
Revogado.[2]

ANEXO III
Revogado.[2]

ANEXO IV
Modelo de Requerimento Para Movimentação Específica de Títulos e Valores Mobiliários

(Em papel timbrado da empresa)

ILMO. SR. GERÊNCIA-GERAL DE ACOMPANHAMENTO DAS OPERADORAS E MERCADO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.

_____, (nome da Operadora) com sede na _____, (rua, avenida, estrada número, complemento) CEP _____-___, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____/____, Inscrição Estadual nº _____, registro ANS sob o nº _____-___, neste ato representada por seu Representante Legal junto à ANS, _____ (nome do representante), vem pela presente requerer autorização para movimentar a carteira dos seguintes títulos e valores mobiliários vinculados à ANS, declarando, desde já, que a movimentação obedecerá aos limites e restrições estabelecidos na Resolução Normativa - RN Nº XX, de XX de XXXXXX de 2007:

Tipo de ativo	*Código da custódia*	*Data de vencimento*	*Quantidade custodiada*	*Quantidade a ser liberada*

[1] O Anexo I está revogado conforme art. 6º da RN nº 206/2009.

[2] Os Anexos II e III estão revogados conforme art. 16 da RN nº 278/2011.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____de _____de _____.
(Cidade, Estado) (Data)

_____
Nome do representante legal da operadora junto à ANS

ANEXO V[1]
Modelo de Requerimento de Autorização para Vinculação ou Liberação de Imóveis

(Em papel timbrado da empresa)

ILMO. SR. GERENTE-GERAL DE ACOMPANHAMENTO DAS OPERADORAS E MERCADO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.

_____, (nome da Operadora) com sede na_____, (rua, avenida, estrada número, complemento) CEP_____-___, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____/____, Inscrição Estadual nº _____, registro ANS sob o nº _____-___, neste ato representada por seu representante legal junto à ANS, _____ (nome do representante), vem, com base nas seguintes justificativas, requerer:

a) ( ) autorização para o proprietário (anexar termo de anuência em caso de o imóvel não ser de propriedade da operadora) providenciar a averbação junto à matrícula do imóvel abaixo descrito no registro de imóveis competente o gravame de sua vinculação à ANS como ativo garantidor, nos termos do parágrafo único do art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998, combinado com o art. 6º da Resolução Normativa nº 227, de 19 de agosto de 2010; ou

b) ( ) autorização para o proprietário (anexar termo de anuência em caso de o imóvel não ser de propriedade da operadora) providenciar perante o registro de imóvel competente a liberação do gravame de vinculação do imóvel abaixo descrito à ANS como ativo garantidor, objeto da averbação nº____ junto à sua matrícula.

Justificativas:
a) vinculação:
_____

b) liberação:
_____

Descrição do imóvel:

Trata-se de um(a) _____ (casa, edifício, loja, terreno etc.), classificado(a) como _____ (imóvel operacional/imóvel assistencial), com dimensão total de ____ m², localizado no endereço _____ e registrado sob o nº _____ no _____ (nome do cartório de Registro de Imóveis), matrícula nº ____.
(incluir em caso de imóvel assistencial) O imóvel assistencial é utilizado para o estabelecimento de saúde _____, cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o nº _____.

[1] O Anexo V foi acrescido, conforme art. 3º da RN Nº 274/2011.

Nestes termos, pede deferimento.
_____, _____ de _____ de ____.

(Cidade, Estado) (Data)

_____
Nome do representante legal da operadora junto à ANS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 161, DE 20 DE SETEMBRO DE 2007[1]

Altera o art. 12 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições conferidas pelo art. 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000; e tendo em vista o disposto no art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I à RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004; em reunião ordinária realizada em 8 de agosto de 2007, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O art. 12 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006 passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 12 .....
§3º Para fins desta Resolução, considera-se cessada a prática infrativa:
I- na data em que a operadora providenciar a autorização de funcionamento;
II- na data em que a ANS constatar indício de sua dissolução irregular; ou
III- na data da publicação da decisão da ANS que decretar sua direção fiscal, ou direção técnica, ou liquidação extrajudicial, ou determinar a alienação de sua carteira, o que deverá ocorrer em até 90 (noventa dias) a contar da lavratura do auto.
§4º Não ocorrendo as hipóteses dos incisos I e II do §3º e esgotado o prazo de 90 (noventa) dias previsto no inciso III do mesmo parágrafo, esse será considerado o termo final da multa diária, caso a ANS não tenha adotado nenhuma das medidas previstas naquele dispositivo.
§5º O dever de a ANS implementar as medidas dispostas no inciso III do §3º permanece mesmo após ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias.
§6º Tão logo a Diretoria de Fiscalização - DIFIS tome conhecimento da ocorrência da infração prevista no art. 18 desta Resolução deverá comunicar à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, para que esta adote as medidas previstas no inciso III do §3º." (N.R.)
Art. 2º Para os processos administrativos sancionadores já iniciados quando da edição da presente Resolução, mesmo aqueles em que haja decisão administrativa definitiva, deverão ser observados os ditames desta resolução, aplicando-se, se for o caso, o princípio da retroatividade da norma mais benéfica.
Art. 3º Essa Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 21/09/2007, seção 1, p. 48.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007[1]

Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN Nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelos incisos II, IX, XV, XXIV, XXVIII e XXXVII, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e considerando o disposto no parágrafo único, do art. 11, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião de 14 de outubro de 2007, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT), Declaração de Saúde (DS), Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) 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 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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;

III - Agravo como 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; e

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9656, de 1998.

Seção I
Da Carta de Orientação ao Beneficiário

Art. 3º Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária.[2]

§1º A Carta de que trata o *caput* deste artigo é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter:

I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e

[1] Publicada no DOU em 18/10/2007, seção 1, p. 38 a 41.

[2] O *caput* do art. 3º foi alterado conforme art. 29 da RN nº 195/2009 e art. 5º da RN nº 200/2009.

II - a identificação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.
§2º Em todos os contratos de planos privados de assistência à saúde, a Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada na página imediatamente anterior ao formulário de Declaração de Saúde e deve ser entregue juntamente com o formulário da Declaração de Saúde, no momento de seu preenchimento.
Art. 4º O Anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).[1]
Parágrafo único. Para abertura de processo administrativo por alegação de DLP, somente serão válidas as Cartas de Orientação ao Beneficiário sem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo deste anexo.

Seção II
Da Doença ou Lesão Preexistente

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.
§1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.
§2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.
§3º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.
§4º 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.
Art. 6º 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.
§1º Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT.
§2º Caso a operadora não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo, nas condições descritas no *caput* deste artigo.
§3º Na hipótese de CPT, as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada.
§4º Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no site www.ans.gov.br.
Art. 7º A CPT e o Agravo 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 24 meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

[1] O *caput* dos arts. 4º e 5º foram alterados conforme art. 29 da RN Nn 195/2009 e art. 5º da RN nº 200/2009.

§1º Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (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.
§2º O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a:
I - percentual ou valor do Agravo;
II - período de vigência do Agravo.
Art. 8º A ANS poderá a qualquer tempo solicitar esclarecimentos sobre os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e cirúrgicos, objetos de CPT, relacionados às DLP declaradas.

Seção III
Da Declaração de Saúde

Art. 9º Na contratação de planos privados de assistência à saúde, o conteúdo da declaração do beneficiário a respeito de seu estado de saúde e de possíveis DLP, que servirão de base para aplicação da regra contida no art. 11 da Lei nº 9.656 de 1998, deverão observar o disposto nesta Resolução.
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 tenha 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, §§1º e 2º desta Resolução; e
IV - a informação a respeito das conseqüências 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.
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.
Art. 13. Para contratos a serem firmados a partir da vigência desta Resolução, as carteiras, cartões ou documentos de identificação de porte obrigatório pelo beneficiário para acesso aos serviços assistenciais, deverão conter a informação da existência de cláusula de CPT, com especificação da data de término de vigência da CPT.
Art. 14. Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.
Parágrafo único. Conforme disposto no *caput* deste artigo, não caberá alegação de DLP e/ou CPT ou Agravo para os casos acima referidos.

Seção IV
Do Processo Administrativo

Art. 15. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 desta Resolução, e poderá:
I - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou
II - oferecer o Agravo, na forma do art. 7º desta Resolução; ou
III - solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.
§1º O oferecimento do Agravo a que se refere o inciso II deve ser acompanhado do oferecimento de CPT, sendo então o oferecimento de CPT obrigatório nestes casos e do Agravo opcional, nas situações as quais a operadora não optou por oferecimento de cobertura total.
§2º O processo administrativo de que trata esta Resolução diz respeito, exclusivamente, ao julgamento do mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do beneficiário na Declaração de Saúde no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
Art. 16. Somente após a comunicação ao beneficiário de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.
§1º Nos casos em que houver acordo de CPT ou Agravo, a operadora não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT ou agravo.
§2º Somente serão deferidas solicitações de abertura de processos administrativos de alegação de DLP que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, de acordo com o definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor.
§3º Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.
§4º Cabe à operadora o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do beneficiário de DLP, não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
§5º A solicitação de abertura de processo administrativo por alegação de DLP é prerrogativa exclusiva da operadora, por meio de seu representante legal junto à ANS ou de qualquer pessoa devidamente autorizada, com firma reconhecida, por instrumento de mandato e cópia autenticada da procuração.
§6º O processo administrativo é de característica individual, sendo vedada a abertura de processos administrativos onde conste mais de um beneficiário.
Art. 17. O prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo é de 24 (vinte e quatro) meses, considerando-se o período entre a data da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e a data de postagem no correio ou do protocolo desta solicitação na ANS.
§1º A solicitação de abertura de processo administrativo deverá ser protocolizada:
I - na sede da ANS; ou
II - no Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização (NURAF) da ANS; ou
III - encaminhada pelo correio diretamente à ANS, sendo a data de postagem observada para o cumprimento do prazo estipulado.
§2º A solicitação de abertura do processo administrativo que ultrapassar o período de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, será indeferida.
§3º Apenas nos casos onde a data da documentação comprobatória e a data do envio da Comunicação ao Beneficiário pela operadora coincidirem com o 24º (vigésimo quarto) mês da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo será de 25 (vinte e cinco) meses, considerando-se os termos inicial e final dispostos no *caput* deste artigo.

Art 18. Para fins de solicitação de abertura de processo administrativo, a operadora deverá, obrigatoriamente, apresentar os documentos abaixo listados, em duas cópias legíveis, sem rasuras,com a identificação do beneficiário e com as devidas assinaturas e datas:
I - Termo de Alegação, contendo a identificação do beneficiário, a descrição da doença com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID), ou lesão alegada que será objeto de julgamento, o número do registro do plano privado de assistência à saúde, o nº de registro do beneficiário enviado ao Sistema de Informação de Beneficiário (SIB) e a assinatura do representante legal da operadora junto à ANS ou seu procurador;
II - Termo ou Proposta de Adesão ao plano privado de assistência à saúde;
III - Carta de Orientação ao Beneficiário, na forma do parágrafo único do art. 4º exceto para os contratos celebrados anteriormente ao prazo constante do art. 35;
IV - Declaração de Saúde, devidamente datada e assinada pelo beneficiário titular ou dependente, ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz;
V - Termo de Comunicação ao Beneficiário, contendo obrigatoriamente:
a) nome do beneficiário constante do processo administrativo;
b) doença ou lesão alegada;
c) a informação do prazo de, no mínimo, 10 (dez) dias para manifestação do beneficiário perante a alegação da operadora;
VI - comprovante de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário;
VII - documentação comprobatória do conhecimento prévio do beneficiário sobre a DLP, preferencialmente, original ou cópia autenticada (uma das vias), com a identificação do beneficiário e do emitente;
VIII - endereço atualizado do beneficiário ou do seu representante legal; e
IX - no caso de contrato coletivo empresarial com menos de trinta beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato e a data de formalização do pedido de adesão do beneficiário. [1]
§1º Somente será objeto de análise no processo administrativo a doença alegada pela Operadora.
§2º Serão aceitos, para fins de comprovação do recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário: documento assinado pelo beneficiário; ou Aviso de Recebimento - AR; ou Telegrama (com a descrição da declaração de conteúdo e comprovante de recebimento); ou notificação judicial ou extrajudicial encaminhada por cartório;
§3º Não serão aceitas cópias emitidas por fax.
§4º Uma via dos documentos apresentados pela operadora será enviada para o beneficiário na ocasião de sua notificação, na forma do art. 21, desta Resolução.
Art. 19. Será indeferida e arquivada a solicitação de abertura de processo administrativo de alegação de omissão de informação de DLP na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura ou adesão contratual do plano privado de assistência à saúde, nas seguintes situações:
I - falta de qualquer um dos documentos obrigatórios, definidos no art. 18 desta Resolução;
II - Declaração de Saúde que não contiver data e assinatura do beneficiário titular ou dependente ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz;
III - decurso de prazo, conforme art. 17 desta Resolução;
IV - planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial em que não seja exigível o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo; [2]
V - beneficiário que passou por qualquer tipo de exame ou perícia, com vistas a sua admissão no plano privado de assistência à saúde;
VI - beneficiário que fez acordo de CPT ou Agravo, oferecido pela operadora, para a doença ou lesão alegada;
VII - adaptação e migração de contratos;
VIII - já existir processo administrativo de alegação de omissão de informação de DLP na Declaração de Saúde contra o mesmo beneficiário e com mesma alegação; e
IX - no caso de transferência de carteira entre operadoras.
§1º A operadora será notificada do motivo do arquivamento da solicitação de abertura do processo administrativo.

[1] O inciso IX do art. 18 está alterado conforme art. 29 da RN nº 195/2009 e art. 5º da RN nº 200/2009.
[2] O inciso IV do art. 19 está alterado conforme art. 29 da RN nº 195/2009 e art. 5º da RN nº 200/2009.

§2º Na hipótese de indeferimento em razão do inciso I deste artigo, caso seja do interesse da operadora enviar nova solicitação de abertura, esta poderá ser encaminhada à GGTAP/DIPRO/ANS, munida da documentação completa, de acordo com o estabelecido no art. 18.

Art. 20. Não caberá qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, nos casos referidos no art. 12, inciso III da Lei nº 9656 de 1998.

Art. 21. Estando em ordem a documentação, a ANS notificará o beneficiário, a fim de que este se manifeste acerca do processo administrativo no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a notificação for efetuada.

§1º Da notificação deverá constar:

I - a identificação do beneficiário e da Operadora;

II - a finalidade da notificação;

III - cópia da solicitação de abertura do processo administrativo e de toda a documentação que a operadora enviou;

IV - o número do processo administrativo, com a informação de que o respectivo número deverá constar de sua eventual impugnação;

V - o prazo para a resposta, com a informação de que a impugnação deverá estar acompanhada dos documentos pertinentes, bem como de que o aludido prazo será contado da data da efetivação da notificação do beneficiário e de que o seu termo final será a data de seu protocolo na sede da ANS, ou no NURAF, ou de sua postagem no correio, em conformidade com o §4º;

VI - os meios e os endereços para a protocolização da respectiva resposta;

VII - o número da presente Resolução Normativa e a informação de sua disponibilidade no site da ANS;

VIII - a informação da continuidade do processo independentemente da apresentação de resposta; e

IX - os fundamentos legais pertinentes.

§2º A notificação realizar-se-á por via postal, remetida para o endereço do beneficiário, cuja entrega será comprovada através de Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, devidamente assinado e datado.

§3º Considera-se efetuada a notificação, na data do seu recebimento aposta no AR, ou documento equivalente.

§4º A manifestação do beneficiário poderá ser protocolizada na sede da ANS, no NURAF ou encaminhada pelo correio diretamente à ANS, sendo a data de protocolo ou de postagem considerada para o cumprimento do prazo estipulado.

§5º Caso o beneficiário não se manifeste no prazo estipulado, o processo será analisado de acordo com a documentação enviada pela operadora.

Art. 22. A operadora de planos privados de assistência à saúde é responsável pelo envio do endereço atualizado do beneficiário, a qualquer tempo, durante o trâmite do processo administrativo.

§1º Caso não seja possível notificar o beneficiário a partir do endereço enviado pela operadora, esta será intimada pela ANS, a fim de enviar no prazo máximo de 15 (quinze) dias o endereço atualizado.

§2º Frustrada a nova tentativa de notificação por via postal, esta será realizada por edital, publicado uma única vez no Diário Oficial da União, e o processo ficará suspenso por até um ano, até que a operadora envie o endereço atualizado e a notificação seja devidamente efetuada ou até que o beneficiário atenda os termos do edital.

§3º Após um ano de suspensão do processo, caso o beneficiário não seja localizado por meio do endereço enviado pela operadora, ou não atenda aos termos do edital, o processo será arquivado, nos termos do art. 40 da Lei nº 9.784 de 1999.

Art. 23. A ANS poderá requerer a qualquer momento e a qualquer uma das partes, documentos e/ou informações que julgar necessárias à instrução do processo administrativo, definindo o prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de recebimento do ofício de comunicação para a manifestação das partes.

§1º No caso de haver juntada de novos documentos, fica assegurado o direito à outra parte interessada para manifestação no prazo de 15 (quinze) dias.

§2º Na fase de instrução do processo, as partes poderão juntar outros documentos ou pareceres, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão.

Art. 24. Com o processo devidamente instruído, deverá ser elaborada Nota pelo órgão competente, no prazo de 15 (quinze) dias, salvo prorrogação por igual período, expressamente motivada, com vistas a subsidiar a decisão a ser proferida pelo Diretor da DIPRO.

Art. 25. O Diretor da DIPRO proferirá decisão, no prazo de 30 (trinta) dias, salvo prorrogação por igual período, expressamente motivada, da qual serão notificadas as partes, para, se for o caso, interporem

recurso administrativo que será julgado pela Diretoria Colegiada como instância administrativa máxima.
§1º A notificação realizar-se-á:
I - ordinariamente, por via postal, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente emitido pelo serviço postal, devidamente assinado;
II - por edital publicado uma única vez no Diário Oficial da União, se frustrada a tentativa de notificação por via postal.
§2º Do edital deverá constar, quando couber:
I - o nome do beneficiário;
II - a descrição do objeto do processo;
III - a disposição legal ou infralegal pertinente;
IV - a obrigação a cumprir;
V - o nome da operadora;
VI - o número do processo administrativo;
VII - o resumo da decisão; e
VIII - o prazo para recurso administrativo, com a informação de que será contado a partir da data da publicação do edital.
§3º Considera-se efetuada a notificação na data em que esta for recebida ou na data da publicação do edital.
§4º O prazo para interposição do recurso administrativo é de 15 (quinze) dias, contados da data em que a notificação da decisão for efetuada e deverá ser dirigido à DIPRO, que notificará a outra parte, concedendo o mesmo prazo para contra-razões.
§5º O recurso administrativo e as contra-razões poderão ser protocolizados na sede da ANS, ou nos NURAF ou encaminhados pelo correio.
§6º Na hipótese de recurso administrativo encaminhado pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.
§7º Não havendo interposição de recurso administrativo no prazo regular, a decisão deverá ser comunicada às partes e publicada, em extrato, no Diário Oficial da União, e o processo administrativo arquivado, após a adoção das providências cabíveis.
Art. 26. No caso de interposição de recurso administrativo, após decorrido o prazo da apresentação das contra-razões, o processo administrativo será encaminhado à Coordenação de Apoio à Diretoria Colegiada - COADC/PRESI da ANS para posterior apreciação ou julgamento pela Diretoria Colegiada, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do seu recebimento, podendo ser prorrogado por igual período, mediante expressa justificativa.
Parágrafo único. A decisão proferida pela Diretoria Colegiada deverá ser publicada, em extrato, no Diário Oficial da União, disponibilizada no site da ANS e informada às partes na forma do art. 25, não cabendo recurso.
Art. 27. Identificada no curso do processo administrativo a existência de indícios de prática infrativa por parte da operadora, a DIPRO dará ciência do fato à Diretoria de Fiscalização - DIFIS, para as providências cabíveis.
Art. 28. Sendo o julgamento final favorável à operadora, apenas poderá ser excluído o beneficiário que foi parte no processo administrativo.
§1º No caso de o excluído ser o titular do plano familiar, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do plano contratado.
§2º No caso de planos coletivos, somente o beneficiário que foi parte no respectivo processo poderá ser excluído.
Art. 29. A operadora poderá solicitar, a qualquer tempo, o arquivamento do processo administrativo já autuado.
§1º Caso o beneficiário já tenha sido notificado a respeito da abertura do processo administrativo, este deverá manifestar concordância para a efetivação do arquivamento.
§2º A ANS deverá comunicar a decisão de arquivamento administrativo às partes, na forma dos art. 25.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30. A presente Resolução Normativa aplica-se a todos os processos em curso, sem prejuízo dos atos já praticados.

Art. 31. Aplicam-se subsidiariamente ao processo administrativo de que trata a presente Resolução as disposições da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.
Art. 32. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656 de 1998, bem como, no que couber, aos demais contratos vigentes.
Parágrafo único. A partir da data de publicação desta Resolução, os contratos de que trata o *caput* deste artigo e que contenham cláusula de exclusão de DLP estão sujeitos à aplicação dos conceitos definidos nesta Resolução e ao julgamento administrativo da alegação por parte da ANS.
Art. 33. A Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:
"Art. 74-A Deixar de fornecer Carta de Orientação ao Consumidor previamente ao preenchimento da declaração de saúde no momento da assinatura do contrato ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
Sanção - advertência
multa R$ 25.000,00"
"Art. 74-B Fornecer Carta de Orientação ao Consumidor fora do padrão estabelecido pela ANS.
Sanção - advertência
multa R$ de 10.000,00"
Art. 34. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 35. Os arts. 3º e 4º, desta Resolução entrarão em vigor em 1º de janeiro de 2008.
§1º A Carta de Orientação ao Beneficiário, a que alude o art. 18, inciso III, somente será exigida para os contratos celebrados a partir do prazo de vigência estabelecido no *caput* deste artigo.
§2º A exigência do envio do Termo de Comunicação ao Beneficiário, nos termos do art. 18, inciso V, desta Resolução e os art. 10 e 11 entrarão em vigor em 1º de janeiro de 2008.
§3º Enquanto não decorrido o prazo estabelecido no §2º deste artigo, continua em vigor os arts. 2º e 3º, §1º, incisos II e III da RN Nº 55, de 2 de novembro de 2003 e art. 2º e 3º da RN Nº 20 de 12 de dezembro de 2002.
§4º Para os contratos celebrados antes de 1º de janeiro de 2008 serão exigidos, para fins da solicitação de abertura de processo administrativo disciplinado por esta norma, os documentos dispostos nos incisos I, II, V, VI, VII, VIII e IX do art. 18 e a declaração de saúde disciplinada no art. 3º, §1º, incisos II da RN Nº 55, de 2 de novembro de 2003.
§5º As regras estabelecidas na RN Nº 20, de 12 de dezembro de 2002, continuam sendo aplicadas para as declarações de saúde aludidas no §4º.
Art. 36. Ressalvado o disposto no art. 35, ficam revogadas a RN Nº 20 de 12 de dezembro de 2002 e a RN Nº 55 de 2 de novembro de 2003.
Art. 37. Ficam revogadas as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998 e CONSU nº 17 de 23 de março de 1999 e os artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999.
Art. 38. Os Agravos já contratados com base nos normativos mencionados nos arts. 36 e 37 desta Resolução deverão ser mantidos até o prazo final acordado entre as partes.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO[1]

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato.

Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual.

Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

[1] A formatação obrigatória para este anexo é Times New Roman, letra tamanho 12, espaçamento simples.

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade
- PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:
www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome:_____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ /____ /_____
Local Data

Nome:_____

CPF:_____

Assinatura: _____

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008[1]

Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos XVII, XXI e XXXI do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e tendo em vista o disposto na Portaria nº 421, de 23 de dezembro de 2005, do Ministério da Fazenda, em reunião realizada em 29 de abril de 2008, e considerando a política de controle da evolução de preços adotada pela ANS, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A partir de maio de 2008[2], os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas, obedecerão ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Os planos médico-hospitalares incluem os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CAPÍTULO II
DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Dos Planos Privados de Assistência Suplementar à Saúde, Médico-Hospitalares, Com ou Sem Cobertura Odontológica, sujeitos à Autorização de Reajuste

Subseção I
Da Solicitação de Autorização para Reajuste

Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 3º Revogado.[3]

§1º Revogado.

§2º Revogado.

§3º Revogado.

Art. 4º As autorizações de reajuste deverão ser solicitadas através de aplicativo a ser disponibilizado na página da ANS na internet, de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO.

§1º Enquanto o aplicativo tratado no *caput* não estiver disponível, a solicitação de autorização para reajuste será efetuada através do envio de modelo constante no Anexo I devidamente preenchido.

§2º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a partir do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação.[4]

§3º As autorizações de reajuste expedidas na vigência da Resolução Normativa - RN Nº 156, de 8 de junho de 2007, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos Ofícios autorizativos.

---

[1] Publicada no DOU em 30/04/2008, seção 1, p. 154 e 155.

[2] Para pesquisar os períodos de referência de anos anteriores, consulte as normas diretamente no site da ANS, conforme segue: RDC nº 66 (2001), RN nº 8 (2002), RN nº 36 (2003), RN nº 74 (2004), RN nº 99 (2005), RN nº 128 (2006), RN nº 156 (2007).

[3] O art. 3º foi revogado integralmente, conforme art. 4º da RN nº 362/2014

[4] O § 2º do art. 4º foi alterado conforme art. 1º da RN nº 362/2014

§4º As autorizações expedidas com base nesta Resolução não adotarão o conceito de período de referência previsto no artigo 2º da Resolução Normativa - RN Nº 156, de 8 de junho de 2007.
§5º Não haverá nenhuma hipótese de cobrança retroativa, ressalvado o disposto no artigo 6º, §3º e no artigo 9º, §§1º e 4º.
§6º A operadora deverá recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº. 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN nº. 89, de 15 de fevereiro de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.[1]
§ 7º Será disponibilizada no sítio eletrônico da ANS consulta atualizada das autorizações de que trata este artigo por operadora.[2]

Subseção II
Dos Requisitos

Art. 5º A autorização de reajuste de que trata o artigo anterior estará sujeita aos seguintes requisitos:
I - estar regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB, Sistema de Informações de Produtos - SIP e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;
II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com os §§ 1º a 6º do art.4º;[3]
III - recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN Nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, alterada pela Resolução Normativa - RN Nº 101, de 3 de junho de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a última alteração dada pela MP 2177- 44, de 24 de agosto de 2001; e
IV - não estar com registro de operadora cancelado.
§1º Enquanto o aplicativo tratado no artigo 4º não estiver disponível, o atendimento ao requisito previsto no inciso I será verificado pela Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos - GGEFP, através de relatório extraído dos sistemas da ANS.
§2º Ocorrendo, por quaisquer hipóteses, a impossibilidade de verificação dos requisitos conforme parágrafo anterior, a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos - GGEFP poderá encaminhar Memorando para que a Diretoria gestora do respectivo sistema de informações se manifeste sobre o eventual não atendimento ao requisito no prazo de 7 (sete) dias, a contar da sua expedição.
§3º Caso a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos - GGEFP não receba manifestação formal da Diretoria gestora do respectivo sistema de informações confirmando o não atendimento aos requisitos previstos nos incisos I e III, no prazo previsto no parágrafo anterior, será expedida autorização de reajuste para a operadora.
§4º As operadoras que estiverem em atraso ou com incorreção no encaminhamento das informações cadastrais mencionadas no inciso I deste artigo poderão receber autorização de reajuste caso tenham firmado Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta e tenham cumprido as obrigações exigíveis no momento da solicitação de autorização para reajuste, hipótese em que deverão enviar à ANS cópia do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta juntamente com a solicitação de autorização para reajuste, sob pena de indeferimento.

Subseção III
Do Indeferimento

Art. 6º Caso a operadora não cumpra os requisitos descritos no artigo 5º, a solicitação de autorização para reajuste será indeferida.
§1º Da decisão tratada no *caput*, cabe pedido de reconsideração, a ser postado ou protocolizado na ANS, no prazo de 10 (dez) dias, contados da ciência do indeferimento, com provas documentais de que a operadora já havia atendido aos requisitos descritos no artigo 5º.

[1] O § 6º do art. 4º foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 362/2014
[2] O § 7º do art. 4º foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 362/2014
[3] O inciso II do art. 5º foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 362/2014

§2º Sempre que o pedido de reconsideração não vier acompanhado da documentação comprobatória tratada no parágrafo anterior ou quando não for confirmado atendimento das exigências descritas no artigo 5º, o pedido de reconsideração será sumariamente indeferido.
§3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no artigo 5º e parágrafos, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução.
§4º Ressalvada a hipótese do §2º, ocorrendo a impossibilidade de verificação dos requisitos com a documentação acostada aos autos, a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos - GGEFP poderá adotar o procedimento previsto no artigo 5º, §§1º a 4º.
§5º Na hipótese de envio do pedido de reconsideração, a tempestividade será aferida pela data da postagem ou do protocolo da ANS.
§6º A ANS poderá prever o envio do pedido de reconsideração através do aplicativo disciplinado no artigo 4º, estabelecendo alternativas à prova documental tratada nos §§1º e 2º, de acordo com os procedimentos dispostos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO.
§7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do artigo 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista no §6º do art.4º, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução, em relação à nova solicitação.[1]

Subseção IV
Da Formalização da Autorização

Art. 7º Nas hipóteses de deferimento da solicitação de autorização para reajuste ou de deferimento a partir do provimento do pedido de reconsideração, a autorização de reajuste será formalizada mediante ofício emitido na página da ANS na internet, que deverá indicar:
I - índice de reajuste máximo a ser aplicado, conforme publicado no Diário Oficial da União; e
II - início e o fim do período de aniversário dos contratos a que se refere a autorização.[2]
§1º O início e o fim do período tratado no inciso II corresponderá, respectivamente, aos meses de maio e de abril subsequente
§2º A vigência máxima da autorização de reajuste será de 12 (doze) meses.
§3º O início do período de aplicação do reajuste tratado no inciso III será a data do recebimento da solicitação de autorização para reajuste, ressalvada a hipótese do §2º do art. 4º, hipótese em que será considerado o mês de maio subsequente.[3]
§4º Enquanto o aplicativo não estiver disponível, a autorização será formalizada mediante Ofício Autorizativo, que deverá conter as informações tratadas no *caput* e será enviado por correspondência com Aviso de Recebimento - AR.
III - início da aplicação do reajuste.[4]

Subseção V
Do Índice de Reajuste Máximo

Art. 8º O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos tratados no artigo 2º, será publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na internet, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.
Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou co-participações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.

Subseção VI
Da Aplicação do Reajuste

Art. 9º A operadora que obtiver a autorização da ANS poderá aplicar o reajuste a partir do mês de aniversário do contrato.

[1] Os §§ 3º e 7º do art. 6º foram alterados, conforme art. 1º da RN nº 362/2014
[2] O inciso II do 7º foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 362/2014
[3] Os §§ 1º e 3º do art. 7º foram alterados, conforme art. 1º da RN nº 362/2014
[4] O inciso III do art. 7º foi acrescido, conforme ar. 2º da RN nº 362/2014

§1º Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato de até dois meses, este será mantido e será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.
§2º Na hipótese do parágrafo anterior, a operadora poderá aplicar o reajuste subseqüente, nos seguintes meses:
I - 10 (dez) meses após o último reajuste em caso de 2 (dois) meses de cobrança retroativa no ano anterior; ou
II - 11 (onze) meses após o último reajuste em caso de 1 (um) mês de cobrança retroativa no ano anterior.
§3º Caso a defasagem seja superior a dois meses, o mês de aniversário do contrato será mantido e não será permitida cobrança retroativa.
§4º O início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo imputável exclusivamente à ANS, ficando autorizada a retroatividade do reajuste ao mês do início de aplicação, constante no ofício autorizativo, desde que as eventuais cobranças retroativas se iniciem em até dois meses a contar da autorização e sejam diluídas pelo mesmo número de meses de atraso, limitado ao mês anterior ao próximo aniversário do contrato.[1]

Subseção VII
Das Informações no Boleto de Pagamento

Art. 10. Quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, deverá constar de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste.
Parágrafo único. Nas hipóteses do artigo 6º, §3º e do artigo 9º, §§1º e 4º, deverá constar de forma clara e precisa o valor referente à cobrança retroativa.

Subseção VIII
Da Alienação de Carteira

Art. 11. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo, será de responsabilidade da cedente a solicitação de autorização para reajuste dos planos descritos no artigo 2º.
Parágrafo único. A operadora adquirente passa a ser responsável pela solicitação de autorização para reajuste após a data da conclusão do processo de transferência da carteira na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP.

Seção II
Dos planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

Art. 12. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde contratados até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, deverão obedecer ao disposto neste artigo.
§1º Para fins de reajuste das contraprestações pecuniárias, deverá ser aplicado o disposto no contrato, desde que contenha o índice de preços a ser utilizado ou critério claro de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste.
§2º Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e/ou sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverá ser adotado percentual limitado ao reajuste estipulado pela ANS, de acordo com esta Resolução.
§3º Nas hipóteses previstas nos §§1º e 2º, quando da aplicação do reajuste, deverá constar de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, cópia da cláusula que determina seu critério de apuração, nome e código de identificação do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

[1] Os §4º do art. 9º foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 362/2014

§4º Excetuam-se da regra estabelecida no §2º os planos previstos nos Termos de Compromisso que definem critérios para apuração do índice de reajuste a ser autorizado pela Agência.
§5º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, quando da aplicação do reajuste, além das informações que deverão ser apresentadas aos beneficiários previstas nos Termos de Compromisso, devem ainda ser informados de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome e código de identificação do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

Seção III
Dos Planos Coletivos Privados de Assistência Suplementar à Saúde, Médico-Hospitalares, Com ou Sem Cobertura Odontológica, sujeitos ao Comunicado de Reajuste

Subseção I
Da Obrigatoriedade de Comunicação do Reajuste

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1 do Anexo II da Resolução Normativa - RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS:
I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
II - as alterações de co-participação e franquia.

Subseção II
Da Comunicação

Art. 14. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra norma que venha a substituí-la.[1]
§1º Revogado.[2]
§2º Revogado.
Art. 15. Para fins do disposto no artigo 13 desta Resolução, deverá ser comunicada qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção.
§1º A variação igual a zero de que trata o *caput* deste artigo se refere à manutenção do valor da contraprestação pecuniária após o prazo de 12 meses a contar do último reajuste.
§2º Para cada período de 12 meses deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária.

Subseção III
Das Informações no Boleto de Pagamento e na Fatura

Art. 16. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações:
I - se o plano é coletivo com ou sem patrocínio, conforme o caso, de acordo com definição prevista no anexo II da Resolução Normativa - RN Nº 100, de 3 de junho de 2005;
II - o nome do plano, nº do registro do plano na ANS ou código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e número do contrato ou da apólice;
III - data e percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;
IV - valor cobrado; e
V - que o reajuste será comunicado à ANS em até trinta dias após sua aplicação, por força do disposto nesta Resolução.
§1º Sempre que houver cobrança mensal dos beneficiários, por qualquer meio, como desconto em folha ou débito bancário, ainda que não sejam emitidos pela operadora, esta deverá diligenciar para que os beneficiários recebam, no mês do reajuste, um documento contendo as informações previstas neste artigo.

[1] O *caput* do art. 14 foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 362/2014
[2] Os §§ 1º e 2º do art. 14 foram revogados, conforme art. 4º da RN nº 362/2014

§2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso IV deverá especificar o valor ou a parcela para pagamento do beneficiário.
Art. 16-A. Todos os valores cobrados devem ser discriminados, inclusive, as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa e juros.[1]

Subseção IV
Da Alienação de Carteira

Art. 17. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo de transferência dos produtos, serão de responsabilidade da cedente as comunicações de reajuste de planos coletivos descritas no artigo 13.
§1º No caso de alienação de carteira, a operadora adquirente passa a ser responsável pelo comunicado de reajuste após a data da conclusão do processo de transferência na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP.
§2º O prazo para envio dos comunicados de reajuste na hipótese do parágrafo anterior ficará suspenso entre a data da conclusão do processo de transferência da carteira na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP e a habilitação da operadora adquirente para o envio dos comunicados de reajuste dos planos transferidos no aplicativo RPC.
§3º Na hipótese do parágrafo anterior, após a habilitação no aplicativo RPC, caberá a operadora adquirente a obrigação de comunicar os reajustes efetuados no período em que o prazo de envio esteve suspenso.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. A operadora deverá manter por cinco anos, disponíveis para eventual fiscalização da ANS, os documentos que comprovem a alteração ou manutenção do valor da contraprestação pecuniária dos planos de que tratam esta Resolução.
Art. 19. As variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não são consideradas reajuste para fins desta Resolução.
Art. 20. A existência de cláusula contratual entre a operadora e o beneficiário do plano contratado após 1º de janeiro de 1999 e dos planos adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros para o seu cálculo, não exime as operadoras do cumprimento do disposto nesta Resolução.
Art. 21. A ausência de pagamento de contraprestação pecuniária que sofra alteração pela aplicação de reajuste ou revisão sem observância do disposto nesta Resolução, não será considerada como inadimplência para fins do disposto no inciso II do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 22. A DIPRO poderá, por meio de Instruções Normativas, detalhar as rotinas de solicitação e autorização de reajuste e de preenchimento e envio das informações de que trata esta Resolução, com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da sistemática de autorização de reajustes dos produtos.
Parágrafo único. Os anexos e o aplicativo estão disponíveis na página da ANS para consulta e cópia no endereço eletrônico http://www.ans.gov.br, portal operadoras.
Art. 23. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O art. 16-A foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 362/2014

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

ANEXO I - Solicitação de Reajuste - RN nº 171/08[1]

À ANS

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO
SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

A operadora ____(RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA)____, inscrita sob o CNPJ nº_____(CNPJ)____, Registro na ANS nº ___(REGISTRO)__, vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária aos planos individuais e familiares, no máximo no percentual estabelecido pela ANS, conforme previsto na RN nº 171/08, para os contratos com aniversário no período compreendido entre os meses de maio/ __(ANO)___ e abril/ __(ANO)___.
Esta operadora, por meio de seu representante, assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do reajuste em tempo hábil.

(*Cidade*), (Data)

Assinatura
Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS
(Cargo)

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

ANEXO II – Declaração de Ausência de Reajuste – RN Nº _____/08

À ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE REAJUSTE

A operadora ____*(RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA)*____, inscrita sob CNPJ nº _____*(CNPJ)*____, Registro na ANS nº ___*(REGISTRO)*__, por intermédio de seu representante legal, em atendimento ao disposto no §3º do art. 3º da RN Nº 171/08, declara que não aplicou reajuste no período compreendido entre ___(MÊS/ANO)____ e _____(MÊS/ANO)_____, às contraprestações pecuniárias dos seus planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

(*Cidade*), (Data)

Assinatura
Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS
(Cargo)

[1] O Anexo I foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 362/2014

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 173, DE 10 DE JULHO DE 2008[1]

Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.[2]

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 11, inciso IV da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e nos termos do art. 64, inciso II, alínea "a" do Anexo I da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, e considerando as competências dos incisos XXIII, XXXI, XLII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e dos arts. 20, 22 e 35-A, inciso IV e parágrafo único da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, adota ad referendum, em 10 de julho de 2008, a seguinte Resolução Normativa e determina a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS.
Art. 2º Fica instituída a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (DIOPS/ANS).
§1º As Operadoras de Planos de Saúde devem utilizar a versão XML para envio do DIOPS/ANS.
§2º O DIOPS/ANS versão XML e o respectivo Manual de Orientação, encontram-se disponíveis para download no sítio da ANS http://www.ans.gov.br.
Art. 2º-A As operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a enviar eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS, a partir de junho de 2011, Relatório de Procedimentos Previamente Acordados sobre as informações econômico-financeiras transmitidas, elaborado por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM. [3,4]
§1º A obrigação prevista no *caput* refere-se apenas às informações do segundo trimestre de cada exercício.
§2º O Relatório de Procedimentos Previamente Acordados deve, também, ser arquivado em meio físico e mantido à disposição da ANS pelo prazo de 5 (cinco) anos.
§3º A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE fica autorizada a emitir Instrução Normativa regulamentando os Procedimentos Previamente Acordados que deverão ser objeto de realização por parte dos auditores independentes.[5]
Art. 3º O DIOPS/ANS versão XML deverá ser enviado nas seguintes datas:
I - em 2010:[6]
a) primeiro trimestre até o dia 25 de maio de 2010;
b) segundo trimestre até o dia 25 de agosto de 2010;
c) terceiro trimestre até o dia 25 de novembro de 2010; e
d) quarto trimestre até o dia 31 de março de 2011;
II - a partir de 2011:
a) primeiro trimestre até o dia 15 de maio do mesmo exercício;
b) segundo trimestre até o dia 15 de agosto do mesmo exercício;
c) terceiro trimestre até o dia 15 de novembro do mesmo exercício; e
d) quarto trimestre até o dia 31 de março do exercício subseqüente.
§1º As Operadoras de Planos de Saúde deverão comunicar as eventuais modificação contratuais ou estatutárias por meio do DIOPS/ANS versão XML com o preenchimento dos dados cadastrais, bem como, encaminhar as alterações autenticadas, no prazo de trinta dias contado do seu registro no órgão competente.

---

[1] Publicada no DOU em 11/07/2008, seção 1, p. 46 e 47.

[2] A ementa e o art. 1º passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 4º da RN nº 274/2011.

[3] O art. 2º-A foi acrescido, conforme art. 1º da RN nº 212/2010.

[4] O art. 2º-A, bem como seus parágrafos, foram alterados, conforme art. 1º da RN nº 224/2010, porém o *caput* e o §1º foram novamente alterados, conforme art. 1º da RN nº 238/2010.

[5] Vide IN/DIOPE nº 45/2010.

[6] Os incisos I e II do art. 3º substituíram os incisos I a IV, por força dos arts. 2º e 4º da RN nº 212/2010.

§2º As autogestões que operam por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, após o primeiro envio, somente devem enviar o DIOPS/ANS versão XML quando houver alteração cadastral, na forma do que dispõe o §1º deste artigo.
§3º As operadoras de planos de saúde que estiverem sob regime de direção fiscal devem enviar mensalmente o seu demonstrativo dos fluxos de caixa, por meio do DIOPS/ANS versão XML, com envio até o décimo dia do mês subseqüente.[1]
§4º As Operadoras de Planos de Saúde devem enviar junto com o DIOPS/ANS versão XML referente ao primeiro trimestre o parecer de auditoria, juntamente com o relatório circunstanciado.
§5º As Demonstrações Financeiras de que trata o artigo 22 da Lei nº 9.656, de 1998, devem ser protocolizadas na ANS até o dia 31 de março do exercício subseqüente.[2]
Art. 3º-A As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, ficam dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem sob regime de direção fiscal.[3]
Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, a apuração do número de beneficiários deverá ser efetuada na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.
Art. 4º As Operadoras de Planos de Saúde somente poderão enviar o DIOPS/ANS versão XML por meio da rede mundial de computadores (Internet).
Art. 5º Revogam-se a Resolução - RE nº 01, de 13 de fevereiro de 2001, a Resolução Normativa - RN Nº 29, de 01 de abril de 2003 e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - IN/DIOPE nº 03, de 18 de maio de 2005.
Art. 6º Revogado.[4]
Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras fica autorizada a editar os atos normativos que julgar necessários ao fiel cumprimento desta Resolução.
Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O §3º do art. 3º está alterado conforme art. 34 da RN nº 307/2012.
[2] O §5º do art. 3º foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 212/2010.
[3] O art. 3º-A e seu parágrafo único estão acrescidos conforme art. 1º da RN nº 243/2010, porém a redação atual do *caput* do art. 3º-A está alterada conforme art. 34 da RN nº 307/2012.
[4] O art. 6º está revogado conforme art. 4º da RN nº 212/2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 174, DE 19 DE AGOSTO DE 2008[1]

Altera dispositivos da Resolução Normativa - RN Nº *103, de 17 de junho de 2005, que dispõe sobre o lançamento de Taxa de Saúde Suplementar e regulamenta o processo administrativo fiscal no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das suas atribuições regimentais, com fundamento nos arts. 4º, inciso XXXVIII e 10, inciso II da Lei nº 9.961, 28 de janeiro de 2000, combinados com os arts. 100, inciso I e 148 do Código Tributário Nacional, o art. 38 do Decreto 70.235, de 06 de março de 1972, e considerando as disposições contidas na alínea "a", do inciso II, do art. 64, do anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 02 de setembro de 2004, em reunião realizada em 12 de agosto de 2008, adotou a seguinte Resolução Normativa e, eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Seção I
Das Disposições Preliminares

Art. 1º Esta resolução altera a Resolução Normativa - RN Nº 103, de 17 de junho de 2005, que dispõe sobre o lançamento da Taxa de Saúde Suplementar e regulamenta o processo administrativo fiscal no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e dá outras providências.

Seção II
Das Alterações

Art. 2º Os artigos 7º, 10, 12, 13, 14, 20, 24, 27, 28, 29 e 31 da Resolução Normativa - RN Nº 103, de 17 de junho de 2005 passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º.....

§2º A NFL, na hipótese do *caput* deste artigo, discriminará de forma inequívoca que a diferença do principal apurada inclui necessariamente a conseqüência econômica da perda integral do direito aos descontos previstos na regulamentação vigente." (NR)

Art. 10. Inexistindo informações na ANS para aferição da base de cálculo da Taxa de Saúde Suplementar, ou havendo dúvidas quanto à exatidão, é permitido a GEFIN realizar o cálculo do tributo por arbitramento, nos termos do artigo 148 do Código Tributário Nacional, dos anexos da Lei 9.961, de 2000 e do anexo desta Resolução. (NR)

Art. 12.....

VI - a assinatura do Diretor-Presidente ou servidor autorizado e a indicação de seu cargo ou função e o número da matrícula. (NR)

Art. 13. A atividade interna de fiscalização para verificação e lançamento de débito e infrações de natureza tributária compete a GEFIN. (NR)

Art. 14. A atividade externa de fiscalização para verificação e lançamento de débito e infrações de natureza tributária compete à Diretoria de Fiscalização a requerimento da GEFIN.

Parágrafo único. A GEFIN poderá auxiliar a Diretoria de Fiscalização na atividade externa de fiscalização às operadoras para a verificação e lançamento de débito e infrações de natureza tributária. (NR)

Art. 20.....

V - se a matéria impugnada foi submetida à apreciação judicial, devendo ser juntada cópia da petição." (NR)

Art. 24.....

I - em primeira instância ao Diretor-Presidente, que poderá delegar; e

II - em segunda instância à Diretoria Colegiada.(NR)

[1] Republicada no DOU de 08/09/2008, seção 1, p. 30, por ter saído no DOU nº 160 de 20/08/2008, seção 1, p. 65, com incorreções no original.

Art. 27.....
§1º O recurso voluntário será interposto perante o Diretor-Presidente, que encaminhará o processo para a Diretoria Colegiada.
§2º O Diretor-Presidente recorrerá de ofício à Diretoria Colegiada sempre que a sua decisão exonerar parcial ou totalmente o sujeito passivo do pagamento de tributo ou multa fiscal, bem como deixe de aplicar penalidade administrativa invocada na NFL ou no AIF, em valor total superior a R$ 40.000,00(quarenta mil reais);
§3º O recurso de ofício será interposto mediante declaração na própria decisão.
§4º No caso de provimento a recurso de ofício, a operadora poderá interpor pedido de reconsideração da decisão à Diretoria Colegiada, no prazo de 10 dias, contados a partir da ciência, pelo sujeito passivo, da decisão proferida no julgamento do recurso de ofício.(NR)
Art. 28. Previamente ao julgamento de recurso voluntário ou de ofício, os processos poderão ser encaminhados pela Diretoria Colegiada à Procuradoria Federal junto a ANS para elaboração de parecer nos casos em que haja necessidade de manifestação jurídica, ou seja, quando houver controvérsia jurídica relevante ou complexa. (NR)
Art. 29.....
I - do Diretor-Presidente esgotado o prazo para recurso voluntário sem que este tenha sido interposto;
II - da Diretoria Colegiada.
Parágrafo único. Serão também definitivas as decisões do Diretor-Presidente na parte que não for objeto de recurso voluntário e não estiver sujeita a reexame necessário. (NR)
Art. 31. As normas para detalhar o disposto nesta Resolução serão expedidas pelo Diretor-Presidente. (NR)"

Seção III
Das Disposições Transitórias e Finais

Art. 3º Os processos julgados pelo Diretor de Gestão antes da vigência desta Resolução e que forem objeto de recurso serão encaminhados à Diretoria Colegiada para julgamento.
Art. 4º Ficam revogados os §§1º e 2º do artigo 10 da RN nº 103, de 17 de junho de 2005.
Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 175, DE 22 DE SETEMBRO DE 2008[1]

Acrescenta o item 2 ao Anexo I e o item 3 ao Anexo IV da Resolução Normativa – RN Nº *85, de 7 de dezembro de 2004, acrescenta o inciso V ao art. 25 da mesma Resolução e dá outras providências.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere os incisos XXIII, XXIX e XXX, do art. 4º e o inciso II, do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com o inciso II, alínea 'a', do art. 64 da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º O anexo I da RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, com a redação dada pela RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, passa a vigorar acrescido do seguinte item:

"....

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.

...." (N.R.)

Art. 2º O anexo IV da RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, com a redação dada pela RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, passa a vigorar acrescido do seguinte item:

"....

3. 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.

...."(N.R.)

Art. 3º O artigo 25 da RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, com a redação dada pela RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, passa a vigorar com a seguinte redação:

"....

III - de não-renovação da autorização de funcionamento, conforme previsto no art. 28, §1º, da presente Resolução;

IV - nas hipóteses previstas no art. 1.125 do Novo Código Civil; ou

V - na hipótese de descumprimento do prazo previsto no art. 4º, inciso III, da Resolução Normativa - RN Nº 175, de 22 de setembro de 2008, se aquele momento ocorrer antes do prazo definido nos demais incisos do mesmo artigo.

...." (N.R.)

Art. 4º Os requisitos introduzidos por esta Resolução deverão ser atendidos nos seguintes momentos, o que primeiro ocorrer:

I - por ocasião do requerimento de autorização de funcionamento;

II - por ocasião da renovação da autorização de funcionamento; ou

III - no prazo de doze meses, contado a partir da entrada em vigor desta Resolução.

Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 23/09/2008, seção 1, p. 61.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 183, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2008[1]

Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000, que dispõe sobre a Nota Técnica de Registro de Produto e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com as competências definidas nos incisos XVI e XVIII do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no inciso VI do art. 8º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2008, e adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º O artigo 6º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 6º As operadoras devem manter um monitoramento periódico dos custos de operação dos seus planos, podendo atualizar a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, sempre que ocorrerem alterações nas premissas epidemiológicas, atuariais ou de custos, bem como quaisquer outras que modifiquem o Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002).
§1º A atualização referida no *caput* torna-se obrigatória sempre que os preços das tabelas de vendas adotadas pela operadora ultrapassarem o Limite Mínimo ou o Limite Máximo de comercialização estabelecidos e a sua não observação ensejará a aplicação das penalidades cabíveis.
§2º Os limites a que se refere o parágrafo anterior são os seguintes:
I - Limite Mínimo: corresponde à subtração de trinta por cento do Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo IIB da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002); e
II - Limite Máximo: corresponde à adição de trinta por cento sobre o Valor Comercial da Mensalidade (coluna "T" do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002).
§3º A despeito do Limite Mínimo a que se refere o inciso I do parágrafo anterior, o preço de comercialização deverá ainda respeitar o valor mínimo definido no parágrafo 1º do artigo 5º desta Resolução.
§4º A atualização referida no *caput* e no §1º será considerada tão somente para fins de novas comercializações." (NR)
Art. 2º A RDC Nº 28, de 2000, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:
"Art. 6º-A As variações de preço por faixa etária das tabelas de vendas deverão manter perfeita relação com as decorrentes dos valores informados na coluna do Valor Comercial da Mensalidade constante do Anexo II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 2002 (coluna "T") e com os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária expressamente estabelecidos em contrato.
Art. 6º-B Em caso de adoção de diferentes valores ou percentuais de co-participação e/ou franquia em um mesmo plano, os critérios estabelecidos para cada um desses valores ou percentuais devem estar descritos na base técnica da NTRP.
§1º Todos os preços das tabelas de vendas para o plano com co-participação e/ou franquia devem satisfazer os limites estabelecidos no parágrafo 2º do artigo 6º desta Resolução.
§2º Apenas um arquivo contendo os Anexos II-A e II-B da Instrução Normativa - IN Nº 8 da DIPRO, de 2002, deverá ser encaminhado no registro do plano e a cada atualização, por região de comercialização.
Art. 6º-C Caso o plano esteja com a situação do registro "ativo com comercialização suspensa", na forma do inciso II do art. 12 da RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, por não atualização da NTRP, a atualização da mesma deverá ser feita previamente à comercialização." (NR)
Art. 3º Todas as Notas Técnicas de Registro de Produto dos planos em comercialização que possuam obrigatoriedade de sua elaboração e não estejam de acordo com esta Resolução Normativa devem ser atualizadas até 31 de março de 2009.

[1] Publicada no DOU em 22/12/2008, seção 1, p. 265.

Parágrafo único. Caso não seja realizada a atualização conforme previsto no *caput*, será considerada em vigor, para cada plano, a última NTRP encaminhada durante o ano de 2008, permanecendo a mesma em vigor até a próxima atualização, que deverá ocorrer conforme o previsto no artigo 6º da RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000, alterado pelo artigo 1º desta Resolução.

Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2009.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009[1]

Dispõe 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, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.[2]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 1º, 3º, incisos XXIV, XXVIII e XXXII do art. 4º e inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 64, do anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada no dia 13 de janeiro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.[3]

Art. 2º Para efeito desta Resolução, consideram-se:

I - plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências;

II - plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências;

III - carência: é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998, nos termos desta Resolução;[4]

IV - prazo de permanência: é o período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências com base na regra de portabilidade de carências prevista no art. 3º;

V - tipo: é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

VI - tipo compatível: é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial e faixa de preço, nos termos desta Resolução;

VII - portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária; e

VIII - portabilidade especial de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais tratadas no Capítulo II - A desta Resolução, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem.[5]

[1] Publicada no DOU em 15/01/2009, seção 1, p. 47 e 48.

[2] Vide também IN/DIPRO nº 19/2009.

[3] O art. 1º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.

[4] Os incisos III, V, VI e VII do art. 2º passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.

[5] O inciso VIII do art. 2º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 252/2011.

CAPÍTULO II
DAS REGRAS GERAIS SOBRE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:[1]
I - estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;
II - possuir prazo de permanência:
a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou
b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.
III - o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;
IV - a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e
V - o plano de destino não estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa", ou "cancelado".
§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria.
§2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subseqüente, ressalvado o disposto no §4º do artigo 8º desta Resolução.[2]
§3º A operadora do plano de origem deve comunicar a todos os beneficiários tratados no *caput* a data inicial e final do período estabelecido no parágrafo 2º deste artigo, no mês anterior ao referido período, por qualquer meio que assegure a sua ciência.[3]
§4º O requisito previsto na alínea "a" do inciso II deste artigo não será exigível do beneficiário que for inscrito no plano de origem na forma da alínea "b" do inciso III do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998.[3]
§ 3º Quando da adesão do beneficiário em novo contrato com uma operadora com proposta autorizada via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá ser observado o prazo da alínea "b" do inciso II deste artigo para exercício de portabilidades posteriores.[4]
Art. 4º Não poderá haver cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto nesta Resolução, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.
Art. 5º Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.
Art. 6º A portabilidade de carências pode ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar.
§1º Para a portabilidade de carências de todo o grupo familiar, é necessário o cumprimento dos requisitos desta Resolução por todos os beneficiários cobertos pelo contrato.
§2º Na hipótese de contratação familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato será mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.
Art. 7º Para efeitos de portabilidade de carências, a operadora do plano de destino não poderá estar submetida a:
I - alienação compulsória de sua carteira;
II - oferta pública do cadastro de beneficiários;
III - liquidação extrajudicial;

---

[1] O *caput* do art. 3º e a alínea b do inciso II do art. 3º passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.
[2] O §2º do art. 3º e o *caput* do art. 6º passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.
[3] Os §§3º e 4º do art. 3º foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 252/2011.
[4] O § 5º foi incluído, conforme art. 16 da RN nº 384/2015.

IV - prazo, estabelecido em Resolução Operacional, para exercício da portabilidade especial de carências pelos seus beneficiários;[1]
V - Direção Fiscal; ou
VI - Direção Técnica.

CAPÍTULO II-A
DAS REGRAS SOBRE A PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS[2]

Art. 7º-A. No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:
I - a portabilidade especial de carências pode ser exercida por todos os beneficiários da operadora a ter o seu registro cancelado pela ANS ou a ser decretada a sua liquidação, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos;
II - o beneficiário que esteja cumprido carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;
III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.
IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.
§1º Não se aplicam à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos I e II e o disposto nos §§2º, 3º e 4º do artigo 3º desta Resolução.
§2º Aplicam-se à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos III, IV e V e o disposto no §1º do artigo 3º desta Resolução.
§3º Na portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, a comprovação de cumprimento do requisito previsto no inciso I do artigo 3º se dá através da apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período de seis meses estabelecido caso a caso em Resolução Operacional específica;
§4º A partir da publicação da Resolução Operacional de que trata este artigo, a operadora do plano de origem deve enviar comunicado a todos os seus beneficiários, por qualquer meio que assegure a sua ciência, no prazo de 10 (dez) dias, informando a abertura de prazo para exercício da portabilidade especial de carências.
§5º Em caso de desmobilização operacional da operadora, a Diretoria competente para instaurar o regime especial da operadora publicará, em dois dias alternados, aviso de abertura do prazo para exercício da portabilidade especial de carências em jornal impresso de grande circulação na região onde houver o maior número de beneficiários da operadora e na página da ANS na internet.
§6º O termo inicial do prazo para exercício da portabilidade especial de carências tratada nesse artigo é a data da publicação da Resolução Operacional, de que trata o *caput* desse artigo.
§7º Vislumbrando hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público, a Diretoria Colegiada, motivadamente, poderá, por meio de Resolução Operacional, afastar a aplicabilidade e dispor de forma distinta dos dispositivos deste artigo, para permitir o exercício extraordinário da portabilidade.[3]

[1] Os incisos IV, V e VI do art. 7º foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 252/2011.
[2] O Capítulo II-A e seus respectivos artigos foram acrescidos, conforme art. 4º da RN nº 252/2011.
[3] O §7º do art. 7º-A foi acrescido conforme art. 1º da RN nº 296/2012.

Art. 7º-B. Sem prejuízo do disposto no §3º do art. 30 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no §1º do art. 3º, nos §§1º e 2º do art. 5º e nos §§1º e 2º do art. 9º, todos da RN Nº 195, de 2009, em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:[1]

I - a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo pode ser exercida independentemente do tipo de contratação do plano de origem e da data de assinatura dos contratos;

II - o beneficiário que esteja cumprido carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;

III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino;

IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

§1º Não se aplica à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo o requisito previsto no inciso II e o disposto no §2º do artigo 3º desta Resolução.

§2º Aplicam-se à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos I, III, IV e V do artigo 3º desta Resolução.

Art. 7º-C. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:[2]

I - não se aplica à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados o requisito previsto no inciso II e no §2º do artigo 3º desta Resolução;

II - aplicam-se à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados os requisitos previstos nos incisos I, III, IV e V do artigo 3º desta Resolução;

III - a portabilidade especial de carências deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado:

a) no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subseqüente; ou

b) no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - aplica-se à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados o disposto no §3º do artigo 8º, observados os prazos definidos no inciso III;

V - na hipótese do protocolo da solicitação na ANS prevista no §3º do artigo 8º no prazo definido na alínea "b" do inciso III deste artigo, o beneficiário terá o prazo previsto no inciso II do §4º do artigo 8º desta Resolução normativa para exercício do direito à portabilidade de carências;

VI - o beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;

VII - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino;

VIII - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo;

---

[1] O *caput* do art. 7º-B foi retificado, conforme publicação no DOU em 05/05/2011, seção 1, p. 49.

[2] O art. 7º-C foi inserido conforme art. 28 da RN nº 279/2011, e retificado conforme DOU de 15/02/2012, seção 1, p. 45.

IX - na portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, o prazo previsto no §3º do artigo 3º desta Resolução deve ser contado a partir dos períodos dispostos no inciso III deste artigo; e
X - na comunicação de que trata o §3º do artigo 3º desta Resolução deverão constar os valores das contraprestações pecuniárias correspondentes ao período em que o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências.
Art. 7º-D. Ressalvadas as hipóteses previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, os beneficiários enquadrados no §1º do art. 3º, no inciso VII do art. 5º e no §1º do art. 9º , todos da RN nº 195, de 2009, que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano privado de assistência à saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar do término do vínculo de dependência, na forma prevista nesta Resolução, e com as seguintes especificidades: [1]
I - a portabilidade especial de carências pode ser exercida independentemente da forma de contratação do plano de origem e da data de assinatura dos contratos;
II - o beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade especial, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;
III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino; e
IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.
§1º Não se aplica à portabilidade especial o requisito previsto no inciso II e no §2º, ambos do artigo 3º desta Resolução.
§2º Aplicam-se à portabilidade especial os requisitos previstos nos incisos I, III, IV e V do artigo 3º desta Resolução.

CAPÍTULO III
DOS ASPECTOS OPERACIONAIS

Art. 8º O beneficiário que pretender exercer a portabilidade de carências deverá entregar os seguintes documentos à operadora do plano de destino, ocasião em que esta deverá disponibilizar a proposta de adesão para assinatura, fornecendo segunda via, datada e assinada.
I - cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou declaração da pessoa jurídica contratante comprovando o adimplemento do beneficiário nos três últimos vencimentos quando for o caso, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento a este requisito;[2]
II - comprovante de atendimento ao requisito previsto no inciso II do artigo 3º;
III - comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos do art. 9º da RN Nº 195, de 2009, caso o plano de destino seja coletivo por adesão; e[3]
IV - outros documentos estabelecidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.
§1º Caso a operadora do plano de destino não disponibilize a proposta de adesão solicitada pelo beneficiário, este pode fazer o pedido de portabilidade por telefone, ocasião em que deve especificar o número do registro do produto escolhido, devendo ser informado pela operadora o número do protocolo do atendimento e o local para entrega da documentação prevista nos incisos deste artigo, que deve funcionar em horário comercial segundo os costumes do local.
§2º O recebimento pela operadora do plano de destino da documentação tratada no §1º deste artigo substitui a proposta de adesão para todos os fins de direito, inclusive, para o início do prazo estabelecido no artigo 9º desta Resolução.
§3º O beneficiário que não conseguir identificar o plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode, no período previsto no §2º do artigo 3º desta Resolução, protocolizar solicitação na

[1] O art. 7º-D foi inserido conforme art. 1º da RN nº 289/2012.
[2] Os incisos I e II do art. 8º, passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.
[3] Os incisos III, IV e respectivos §§ do art. 8º foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 252/2011.

ANS, que deve estar instruída com documentação estabelecida em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.
§4º Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do aplicativo da ANS, como nos do §3º deste artigo, o beneficiário terá os seguintes prazos, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos:
I - quando a solicitação prevista no §3º deste artigo for protocolada na ANS até o primeiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 120 (cento e vinte) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS; e
II - quando a solicitação prevista no §3º deste artigo for protocolada na ANS no segundo ou no terceiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 60 (sessenta) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.
§5º Na hipótese do §3º deste artigo nos casos em que ficar constatado que o plano de origem constava das bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá prazo de 30 (trinta) dias, contado da expedição do ofício de resposta da ANS, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos.
§6º O pedido de portabilidade com a entrega do ofício tratado no §4º deste artigo deve ser aceito pela operadora do plano de destino, seguindo-se com os trâmites previstos nos artigos 9º e seguintes desta Resolução, e substitui para todos os efeitos a apresentação do relatório do Guia da ANS, disposto em Instrução Normativa.
Art. 9º A operadora do plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução.
Parágrafo único. O não envio de resposta ao beneficiário no prazo estabelecido no *caput* implica aceitação da portabilidade de carências.
Art. 10. Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino poderá recusar a proposta de adesão pela regra de portabilidade de carências.
Parágrafo único. Na hipótese de recusa, o beneficiário fará jus à devolução de valores eventualmente adiantados.
Art. 11. O termo final do contrato do plano de origem deverá coincidir com o termo inicial do contrato do plano de destino.
§1º O contrato do plano de destino entrará em vigor dez dias após a aceitação prevista no *caput* e no parágrafo único do art. 9º.
§2º A operadora do plano de destino deverá comunicar a operadora do plano de origem e ao beneficiário a data de início da vigência do contrato do plano de destino, antes da sua ocorrência.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. A possibilidade de exigência de períodos de carência e de cobertura parcial temporária segue o disposto em normativo específico, ressalvado o disposto nesta Resolução.
Art. 13. Esta Resolução não exclui o disposto no art. 14 da Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007.
Art. 14. A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO - disporá por Instrução Normativa acerca dos tipos compatíveis para fins de portabilidade de carências, classificando os planos de acordo com a segmentação assistencial, o tipo de contratação e a faixa de preços prevista no inciso IV do artigo 3º.[1]
Parágrafo único. A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO poderá publicar Instruções Normativas para detalhar o conteúdo desta Resolução.
Art. 15. A Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:
"Art. 62-A. Impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências:"[2]
Multa de R$ 50.000,00.

[1] O art. 14 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.
[2] Os arts. 62-A ao 62-F da RN Nº 124, passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 252/2011.

Art. 62-B. Condicionar o exercício do direito da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação familiar ou coletivo por adesão:
Multa de R$ 40.000,00.
Art. 62-C. Exigir indevidamente ou tentar impor carências ou cobertura parcial temporária a beneficiário que faz jus à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências:
Multa de R$ 50.000,00.
Art. 62-D. Cobrar valores superiores às condições normais de venda para os beneficiários que utilizarem a regra de portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências:
Multa de R$ 30.000,00.
Art. 62-E. Cobrar custas adicionais em virtude do exercício do direito à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências:
Sanção - advertência;
Multa de R$ 30.000,00.
Art. 62-F. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação para portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências, não enquadradas nos artigos anteriores:
Sanção - advertência;
Multa de R$ 30.000,00."
Art. 16. Esta Resolução entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
DIRETOR-PRESIDENTE

ANEXO

1. O presente Anexo classifica os planos privados de assistência à saúde para fins de portabilidade de carências.
2. (Revogado)[1]
3. Para formação dos tipos, os planos de saúde ficam agrupados, com base na segmentação assistencial, da seguinte forma:
I - Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial ambulatorial e ambulatorial + odontológico;
II - Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar sem obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia e ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico; e
III - Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia, hospitalar com obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico, e referência.
4. Os planos privados de assistência à saúde se classificam, para fins de portabilidade de carências, nos seguintes tipos:
I - sem internação;[2]
II - internação sem obstetrícia; e
III - internação com obstetrícia.
IV – Revogado.[3]
V – Revogado.
VI - Revogado.
VII – Revogado.
VII – Revogado.
IX – Revogado.
5. Observada a faixa de preço tratada no inciso IV do art. 3º desta Resolução, para fins de portabilidade de carências, consideram-se compatíveis os tipos tratados a seguir:
I - do tipo sem internação para o tipo sem internação;
II - do tipo internação sem obstetrícia para os tipos sem internação e internação sem obstetrícia; e
III - do tipo internação com obstetrícia para os tipos sem internação, internação sem obstetrícia e internação com obstetrícia.
IV- Revogado.

[1] O Item 2 do Anexo e seus incisos, foram revogados, conforme art. 7º da RN nº 252/2011.
[2] Os incisos I, II e III dos Itens 4 e 5 do Anexo passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.
[3] Os incisos IV ao IX dos Itens 4 e 5 do Anexo foram revogados, conforme art. 7º da RN nº 252/2011.

V – Revogado.
VI – Revogado.
VII – Revogado.
VIII – Revogado.
IX – Revogado.
6. A compatibilidade de tipos independe da abrangência geográfica.[1]

[1] O Item 6 do Anexo passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da RN nº 252/2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 188, DE 20 DE MARÇO DE 2009[1]

Dispõe sobre as instituições denominadas "Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa", e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere os incisos I e II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e nos termos do art. 64, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 18 de março de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º A presente Resolução Normativa define os Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa.
Art. 2º Entende-se por Centro Colaborador a Instituição de Ensino e/ou Pesquisa - IEP, incumbida regimentalmente ou estatutariamente de Ensino e/ou Pesquisa, que detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos; com reconhecida experiência e produção intelectual e institucional comprovada através de publicações, cursos, atividades de capacitação e educação continuada e permanente, em conformidade com a Instrução Normativa a ser publicada pela Diretoria de Gestão - DIGES.
Art. 3º São objetivos gerais dos Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa as atividades de produção e difusão do conhecimento, capacitação, educação continuada e permanente no campo da Saúde Suplementar em âmbito nacional.
Art. 4º Os instrumentos jurídicos celebrados com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa cujos objetos se enquadrem nas disposições da presente Resolução Normativa, permanecerão em vigor, independentemente das alterações trazidas por esta Resolução Normativa.
Art. 5º Aplicam-se, no que couber, as demais legislações pertinentes em vigor.
Art. 6º Os documentos, rotinas, critérios, procedimentos e fluxos para a operacionalização do processo, e demais detalhamentos desta Resolução, serão definidos em Instrução Normativa a ser publicada pela DIGES, sendo a Gerência Geral de Acompanhamento Institucional - GGACI responsável pelo acompanhamento e controle das atividades que serão desenvolvidas pelos Centros Colaboradores.
Art. 7º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 25/03/2009, seção 1, p. 27.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 190, DE 30 DE ABRIL DE 2009[1]

Dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e altera a Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 10, combinado com os arts. 1º, 3º e 4º, incisos V, XV, XXIV, XXXI, XXXII, XXXVII e XLI, alínea "b" da Lei nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000, em atenção ao art. 35-G da lei 9.656, de 3 de junho de 1998 combinado com a Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, em conformidade com a alínea "a", do inciso II, do art. 64, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 14 de abril de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e, eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPITULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente resolução dispõe sobre o padrão obrigatório para adoção de portais corporativos na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de um profissional técnico responsável pela troca de informações em saúde suplementar aos eventos prestados aos beneficiários e altera a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, da ANS.

CAPITULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Dos Portais Corporativos na Internet

Subseção I
Da Criação Obrigatória de Portal Corporativo na Internet

Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar na Internet um portal corporativo destinado ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, e para o seus prestadores de serviço de saúde, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana.[2]

Art. 3º A operadora de planos privados de assistência à saúde deve dar publicidade a seus beneficiários e à rede credenciada, por intermédio de qualquer meio que assegure a ciência dos destinatários, sobre o endereço do portal corporativo na Internet dentro dos prazos estabelecidos no art. 12 desta Resolução.

Art. 4º O portal corporativo na Internet deve disponibilizar duas áreas para acesso, da seguinte forma:

I - para o público em geral, especialmente aos seus beneficiários; e[3]

II - para a rede credenciada.

Parágrafo único. O portal corporativo na Internet deve ser organizado de forma didática e com linguagem simples de modo que não acarrete dificuldades de acesso ao usuário.

Subseção II
Da Área do Portal Corporativo na Internet Destinada ao Público em Geral, Especialmente aos Beneficiários da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde[4]

[1] Publicada no DOU em 04/05/2009, seção 1, p. 72.

[2] O art. 2º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 285/2011.

[3] O inciso I do art. 4º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 285/2011.

[4] O nome da Subseção II da Seção I do Capítulo II passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 285/2011.

Art. 5º O portal corporativo na Internet operadora de planos privados de assistência à saúde em sua área destinada ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários deverá disponibilizar as seguintes informações:[1]
I - a relação de produtos comercializados pela operadora de planos privados de assistência à saúde, de forma atualizada, contendo:
a) nome comercial do produto;
b) abrangência geográfica;
c) número de registro do produto; e
d) segmentação assistencial;
II - a relação da rede credenciada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, de forma atualizada, conforme as regras estabelecidas pela RN Nº 285, de 23 de dezembro de 2011.
Parágrafo único. Opcionalmente, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá disponibilizar informações sobre os eventos de saúde prestados aos beneficiários em conformidade com o padrão de troca de informações em saúde suplementar – Padrão TISS, com acesso através de senhas e respeitando os dispositivos de segurança, sigilo e privacidade definidos na Resolução Normativa - RN Nº 153, de 28 de maio de 2007 da ANS.

Subseção III
Da Área do Portal Corporativo na Internet destinada à Rede Credenciada da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde

Art. 6º Revogado.[2]

Seção II
Do Profissional Responsável pela Troca de Informações em Saúde Suplementar

Subseção I
Da Designação do Profissional Responsável pela Troca de Informações em Saúde Suplementar e de seu Suplente

Art. 7º Todo o processo de implantação e utilização do Padrão TISS deverá ficar sob a responsabilidade de profissional técnico da operadora de planos privados de assistência à saúde, especificamente designado para facilitar, agilizar e coordenar os atendimentos à rede prestadora de serviços, que atuará como intermediador entre a operadora de plano privado de assistência à saúde e o prestador de serviço nas áreas de análises de contas e faturamento, bem como na área de informática.
§1º O profissional técnico mencionado no *caput* desse artigo será denominado Coordenador de Troca de Informação em Saúde Suplementar - Coordenador TISS.
§2º O Coordenador TISS designado deverá ser capaz de dialogar com a rede prestadora de serviços e conhecer profundamente os modelos de padrões estabelecidos, quais sejam:
I - conteúdo e estrutura;
II - representação de conceitos em saúde;
III - comunicação; e
IV - segurança e privacidade.
Art. 8º Deverá ser designado o suplente do Coordenador TISS pela operadora de planos privados de assistência à saúde que, além de substituí-lo nos impedimentos eventuais ou temporários, deverá suprir toda e qualquer dúvida quanto ao processo de utilização do Padrão TISS da rede prestadora de serviço.
Art. 9º Revogado.[3]

Subseção II
Do Envio das Informações para A ANS

Art. 10. Revogado.[4]

[1] O *caput* e o inciso II do art. 5º passaram a vigorar com nova redação, revogando as alíneas "a" a "e", conforme arts. 7º e 9º da RN nº 285/2011.
[2] O art. 6º foi revogado, conforme art. 33 da RN nº 305/2012.
[3] O art. 9º foi revogado, conforme art. 33 da RN nº 305/2012.
[4] O art. 10 foi revogado, conforme art. 3º da RN nº 359/2014.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 11. Revogado. [1]

Art. 12. A implantação do portal corporativo na Internet pela operadora de planos de saúde privado de assistência à saúde será adotada de forma gradual, observando os seguintes prazos máximos, contados da data da entrada em vigor desta Resolução:

I - para operadoras médico-hospitalares com ou sem planos odontológicos:

a) acima de 100.000 beneficiários: 3 meses;

b) entre 10.000 a 99.999 beneficiários: 6 meses; e

c) entre 1 a 9.999 beneficiários: 12 meses.

II - para operadoras exclusivamente odontológicas:

a) acima de 20.000 beneficiários: 3 meses;

b) entre 5.000 a 19.999 beneficiários: 6 meses; e

c) entre 1 a 4.999 beneficiários : 12 meses.

Parágrafo único. As operadoras médico-hospitalares são as que comercializam os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 13. O descumprimento das obrigações previstas nos artigos 7º e 8º desta Resolução ensejará a aplicação do art. 44 da RN nº 124, de 2006 da ANS.[2]

Art. 14. O descumprimento das obrigações previstas no art. 3º desta Resolução ensejará a aplicação do art. 74 da RN Nº 124, de 2006 da ANS.

Art. 15. Revogado. [3]

Art. 16. O art. 44 da RN Nº 124, de 2006 da ANS, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

"Art. 44.....

Parágrafo único. Aplica-se este artigo também na hipótese de descumprimento dos arts. 2º; art. 4º, *caput* e parágrafo único; art. 5º; e art. 12 da Resolução Normativa nº 190, de 30 de abril de 2009.

Art. 17. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O art. 11 foi revogado, conforme art. 3º da RN nº 359/2014.

[2] O art. 13 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 359/2014

[3] O art. 11 foi revogado, conforme art. 3º da RN nº 359/2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 191, DE 8 DE MAIO DE 2009[1]

Institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 9º, inciso III do Regulamento, aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em vista do que dispõem os artigos 35-A, inciso IV, alíneas a, d e e, e parágrafo único e 35-L da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada no dia 28 de abril de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º As disposições desta Resolução Normativa instituem o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar - FGS.

Parágrafo único. As Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde, por serem objeto de regulamentação específica, não estão subordinadas ao disposto nesta Resolução.

Art. 2º As Operadoras de Planos de Saúde poderão se agrupar para a gestão dos recursos financeiros formadores dos ativos garantidores previstos na RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, e posteriores alterações, por intermédio de um FGS que será administrado por um Comitê Gestor devidamente autorizado pela ANS, não se configurando como operadora de planos de assistência à saúde.

§1º As Operadoras de Planos de Saúde somente poderão se agrupar levando em consideração a classificação contida no art. 10, da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, e posteriores alterações.

§2º O FGS deverá seguir as regras de vinculação, convênio e movimentação estabelecidos na RN Nº 159, de 2007 e Instrução Normativa - IN/DIOPE nº 13, de 27 de dezembro de 2007.

§3º O FGS deverá observar os mesmos limites de aplicação estabelecidos no Capítulo VI da RN Nº 159, de 2007, e posteriores alterações, para as Operadoras de Grande Porte.

§4º A solicitação de ingresso de nova Operadora de Planos de Assistência à Saúde no FGS constituído deverá atender, conforme o caso, o disposto nos artigos 20 e 21 da RN Nº 160, de 3 de julho de 2007, e posteriores alterações.

Art. 3º O FGS, em nome das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde reunidas, contratará uma instituição financeira para administrar os ativos garantidores, que deverá obedecer às disposições contidas na RN Nº 159, de 2007, e posteriores alterações.

Art. 4º Cada Operadora de Plano de Assistência à Saúde deverá manter junto ao FGS recursos financeiros suficientes para garantia da evolução de suas provisões técnicas.

Parágrafo único. Caso as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde não consigam confiar mensalmente para o FGS ativos garantidores necessários para cobrir a evolução de suas provisões técnicas, as demais operadoras participantes do fundo deverão fazê-lo, ficando como garantia a carteira de beneficiários da operadora inadimplente.

Art. 5º As obrigações decorrentes da constituição do FGS têm origem no contrato firmado entre as partes, motivo pelo qual as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde poderão utilizar-se de todos os meios legalmente admitidos para a execução das obrigações assumidas e não cumpridas pelas demais.

§1º O descumprimento das obrigações assumidas por uma ou mais Operadoras de Plano de Assistência à Saúde no ato de constituição do FGS resultará, para fins da regulação, na desconsideração pela ANS da situação relativa à gestão conjunta dos recursos financeiros formadores dos ativos garantidores previstos na RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, e posteriores alterações.

§2º Para a garantia da qualidade e continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, a Operadora de Plano de Assistência à Saúde que não cumprir o disposto no art. 4º desta RN, terá, no prazo constante do estatuto do FGS, que não poderá ser superior a 12 meses, sua carteira de beneficiários transferida para uma ou mais operadoras participantes do fundo, sendo os ativos financeiros garantidores da operadora inadimplente utilizados para o pagamento de suas obrigações, destinando-se à garantir a qualidade e continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde dos beneficiários.

[1] Publicada no DOU em 11/05/2009, seção 1, p. 66.

§3º A alienação da carteira será efetivada pelo administrador do FGS e obedecerá, no que couber, aos parâmetros definidos na RN Nº 112, de 28 de setembro de 2005 e alterações posteriores, devendo a execução ser comunicada à ANS no prazo máximo de 30 dias para cancelamento do registro.
§4º Todas as demais Operadoras de Planos de Assistência à Saúde participantes do FGS deverão suportar a liquidação da totalidade das provisões técnicas da Operadora de Planos de Assistência à Saúde inadimplente de forma solidária.
§5º Após a transferência da carteira de beneficiários e pagamento das obrigações da Operadora de Planos de Assistência à Saúde inadimplente, com a sua conseqüente exclusão do FGS, o administrador do Fundo deverá apresentar à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, no prazo máximo de trinta dias, nova Nota Técnica de Risco - NTR, na forma do inciso VII do art. 6º desta Resolução.[1]
§6º Até que seja aprovada, pela DIOPE, nova NTR, as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que compõem o FGS deverão continuar transferindo os recursos financeiros na forma do que havia sido anteriormente aprovado pela ANS.
Art. 6º A constituição do FGS dependerá de prévia aprovação da DIOPE e o respectivo instrumento constitutivo deverá contemplar, no mínimo, as seguintes condições:
I - previsão de instituição de Comitê Gestor, com atribuições para administrar o FGS, estando seus integrantes obrigados a atender os termos dispostos na RN Nº 11, de 22 de julho de 2002;
II - previsão de regras de adesão, manutenção e exclusão de cada operadora integrante do FGS;
III - previsão do compromisso de que a Operadora de Planos de Assistência à Saúde poderá, a qualquer tempo, solicitar a sua saída do FGS, desde que esteja totalmente adimplente com as suas obrigações junto ao FGS e que atenda na íntegra as regulamentações, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, relacionadas aos aspectos econômico-financeiros;
IV - previsão dos critérios para transferência dos imóveis garantidores das Provisões Técnicas como decorrência do disposto no art. 5º desta Resolução;
V - previsão do compromisso de que, caso as operadoras não consigam transferir mensalmente para o FGS ativos garantidores necessários para cobrir a evolução de suas provisões técnicas, as demais operadoras participantes do fundo deverão fazê-lo, ficando como garantia a carteira de beneficiários da operadora inadimplente, nos termos do art. 4º desta Resolução;
VI - previsão do compromisso de transferência da carteira de beneficiários, assumido por todas as operadoras integrantes do FGS, no caso de ocorrência da hipótese prevista no art. 5º desta Resolução, bem como previsão dos critérios para concretização da operação, observados os termos dispostos na RN Nº 112, de 28 de setembro de 2005 e posteriores alterações;
VII - apresentação e aprovação junto a DIOPE de NTR, que deverá contemplar, no mínimo, os aspectos abaixo relacionados, além de outros que vierem a ser definidos pela DIOPE através de Instrução Normativa a ser editada:
a) situação financeira e fontes de liquidez;
b) rentabilidade operacional;
c) estrutura de capitais próprios e de terceiros e custo dessa estrutura;
d) necessidade de expansão e fontes de financiamento para tal;
e) estrutura tributária vigente e possíveis alterações;
f) grau de endividamento e capacidade de pagamento;
g) manutenção dos níveis mínimos de Solvência; e
h) desempenho Econômico/Rentabilidade.
Art. 7º O ingresso, a saída voluntária ou exclusão de qualquer Operadora de Planos de Assistência à Saúde em um FGS já constituído ocorrerá na forma prevista em seu Estatuto e dependerá da aprovação de nova NTR pela DIOPE.
Parágrafo único. Não poderão participar do FGS as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que estejam em Liquidação Extrajudicial ou, ainda, que estejam com determinação de alienação compulsória da carteira de beneficiários.
Art. 8º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ LEONCIO DE ANDRADE FEITOSA
Diretor-Presidente Substituto

[1] O §5º do art. 5º foi retificado conforme publicação no DOU de 12/05/2009, seção 1, p. 171.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009[1]

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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação 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.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

I - individual ou familiar;

II - coletivo empresarial; ou

III - coletivo por adesão.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Do Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar

Subseção I
Da Definição

Art. 3º 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.

§1º A extinção do vínculo do titular do plano 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.

§2º O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei Nº 9.656, de 1998.

Subseção II
Da Carência e Cobertura Parcial Temporária

Art. 4º O contrato de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar, poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência, nos termos da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998.

Seção II
Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial

Subseção I
Da Definição

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

[1] Publicada no DOU em 15/07/2009, seção 1, p. 135 e 136.

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei Nº 9.656, de 1998;
IV - os agentes políticos;
V - os trabalhadores temporários;
VI - os estagiários e menores aprendizes; e
VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.
§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

Subseção II
Da Carência

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[1].
Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Subseção III
Da Cobertura Parcial Temporária

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.
Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Subseção IV
Do Pagamento das Contraprestações Pecuniárias

Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.
Parágrafo único. A regra prevista no *caput* não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta.[2]

Seção III
Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão

Subseção I
Da Definição

Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:
I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
III - associações profissionais legalmente constituídas;
IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

[1] O *caput* dos arts. 6º, 7º e 8º foram alterados, conforme art. 1º da RN nº 200/2009.
[2] O parágrafo único art. 8º foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 200/2009.

VI - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e
VII - Revogado.[1]
§1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.
§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.
§3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do *caput* e a condição de elegibilidade do beneficiário.
§4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do *caput* deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário.
Art. 10. As pessoas jurídicas de que trata o artigo 9º só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as previstas nos incisos I e II daquele artigo.

Subseção II
Da Carência

Art. 11. 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 9º, após o transcurso do prazo definido no *caput* deste artigo; 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 poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação específica, limitados aos previsto em lei.
§3º Quando a contratação ocorrer na forma prevista no inciso III do artigo 23 desta RN considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Subseção III
Da Cobertura Parcial Temporária

Art. 12. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor.

Subseção IV
Do Pagamento e da Cobrança das Contraprestações Pecuniárias

Art. 13. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.
Art. 14. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários.[2]
Parágrafo único. A regra prevista no *caput* não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998 e às operadoras na modalidade de autogestão.[3]
Art. 15. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento.

[1] O inciso VII do art. 9º foi revogado, conforme RN nº 260/2011.
[2] O *caput* do art. 14 foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 200/2009.
[3] O parágrafo único art. 14 foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 200/2009.

Seção IV
Das Disposições Comuns aos Planos Coletivos

Subseção I
Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 16. 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.

Subseção II
Da Rescisão ou Suspensão

Art. 17. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.
Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Subseção III
Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 18. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.
Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
I - fraude; ou
II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei Nº 9.656, de 1998.

Subseção IV
Do Reajuste

Art. 19. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no *caput* do artigo 22 desta RN.
§1º Para fins do disposto no *caput*, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.
§2º Em planos operados por autogestão, quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre a remuneração, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente do aumento da remuneração.
§3º Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador.[1]
§4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido.
Art. 20. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN.
Art. 21. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN.
Art. 22. O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei Nº 9.656, de 1998.

[1] O §3º do art. 19 foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 204/2009. O antigo §3º do art. 19, transformou-se em §4º do mesmo artigo, conforme art. 1º da RN nº 204/2009.

Subseção V
Da Forma de Contratação

Art. 23. As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:
I - diretamente com a operadora; ou
II - com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN Nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;
III - com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.
Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Seção V
Da Orientação aos Beneficiários

Art. 24. Como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos as operadoras, inclusive classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.[1]
Parágrafo único. O MPS e o GLC serão objeto de regulamentação específica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e conterão, no mínimo:
I - prazos de carência;
II - vigência contratual;
III - critérios de reajuste;
IV - segmentação assistencial; e
V - abrangência geográfica.
Art. 25. Os formulários utilizados pelas operadoras, pelas pessoas jurídicas contratantes ou pela Administradora de Benefícios para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou disponibilizados devem conter referência expressa à entrega desses documentos, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 26. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor, especificamente quanto às condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 9º, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.[2]
§1º Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes, que atendam as condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 9º, mas permaneçam incompatíveis com os demais parâmetros fixados nesta resolução, deverão ser aditados até a data do aniversário contratual ou até 12 (doze) meses da vigência desta norma, o que ocorrer primeiro, sob pena de impedir o ingresso de novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.
§2º A partir da confirmação pela operadora da reclassificação do registro dos produtos disposta no artigo 27, os novos parâmetros passam a integrar os contratos aditados para atender as disposições desta resolução.
Art. 27. A ANS reclassificará automaticamente a característica "Tipo de Contratação" dos registros dos produtos coletivos, a partir das condições de vínculo do beneficiário em planos coletivos já informadas pelas operadoras, compatibilizando-a com os novos critérios de classificação dos planos coletivos fixados nesta resolução.[3]

[1] O *caput* do art. 24 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 204/2009.
[2] O art. 26 foi integralmente alterado, conforme art. 3º da RN nº 204/2009.
[3] O art. 27 foi integralmente alterado, conforme art. 4º da RN nº 200/2009.

§1º As operadoras deverão confirmar a reclassificação, atualizando os respectivos dispositivos do instrumento jurídico e nome do plano, quando necessário, nas condições e prazos a serem definidos em regulamentação específica.
§2º Os registros dos produtos, cuja reclassificação não seja confirmada nas condições e prazos estabelecidos por regulamentação específica serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28. Esta resolução aplica-se às operadoras na modalidade de autogestão somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.
Art. 29. O *caput* dos artigos 3º, 4º e 5º, o inciso IX do artigo 18 e o inciso IV do artigo 19, todos da Resolução Normativa Nº 162, de 17 de outubro de 2007, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 3º Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária." (NR)[1]
"Art. 4º O Anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples)." (NR)
"Art. 5° 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." (NR)[2]
"Art. 18.....
IX - no caso de contrato coletivo empresarial com menos de trinta beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato e a data de formalização do pedido de adesão do beneficiário. " (NR)[3]
"Art. 19.....
IV - planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial em que não seja exigível o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravo;" (NR)[4]
Art. 30. Os §§2º, 4º e 8º dos artigos 2º, das Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU Nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 2º.....
§2º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados com operadoras, é obrigatório que a empresa empregadora firme contratos coletivos empresariais para os ativos e para os inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única operadora, devendo, também o plano de inativos, abrigar o universo de aposentados.
.....
§4º A operadora classificada na modalidade de autogestão que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratá-lo com outra operadora de planos privados de assistência à saúde, ou ainda de outra congênere que possua plano que abrigue o contingente de inativos.
.....
§8º No caso de plano operado por terceiros, os contratos celebrados entre empresas empregadora e operadora de plano privado de assistência à saúde deverão ser repactuados até a data do vencimento do contrato vigente." (NR).

---

[1] O art. 3º da RN nº 162/2007, que foi alterado pelo art. 29 da RN nº 195/2009, está modificado conforme art. 5º da RN nº 200/2009.
[2] O art. 5º da RN nº 162/2007, que foi alterado pelo art. 29 da RN nº 195/2009, está modificado conforme art. 5º da RN nº 200/2009.
[3] O inciso IX do art. 18 da RN nº 162/2007, que foi alterado pelo art. 29 da RN nº 195/2009, está modificado conforme art. 5º da RN nº 200/2009.
[4] O inciso IV do art. 19 da RN nº 162/2007, que foi alterado pelo art. 29 da RN nº 195/2009, está modificado conforme art. 5º da RN nº 200/2009.

Art. 31. A Resolução Normativa Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:
"Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação
Art. 20-C Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor.
Sanção - multa de R$ 50.000,00."
"Ingresso de beneficiário em plano coletivo
Art. 20-D Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação.
Sanção - multa de R$ 50.000,00."
"Reajuste de plano coletivo
Art. 61-A Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor.
Sanção - multa de R$ 45.000,00."
"Contraprestações distintas em contratos coletivos
Art. 61-B Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados.
Sanção - multa de R$ 45.000,00."
"Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário
Art. 61-C Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do consumidor:
Sanção - multa de R$ 5.000,00"
"Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual
Art. 65-A Deixar de fornecer ao consumidor de plano coletivo orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual:
Sanção - advertência;
multa de R$ 5.000,00"
"Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos
Art. 65-B Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados.
Sanção - advertência;
Multa de R$ 5.000,00"
"Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo
Art. 82-A Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação:
Sanção - multa de R$ 80.000,00"
Art. 32. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.
Art. 33. Revogam-se os §§3º dos artigos 2º das Resoluções CONSU Nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999, e a Resolução CONSU Nº 14, de 3 de novembro de 1998.
Art. 34. Esta resolução entra em vigor trinta dias após sua publicação.[1]

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Conforme art. 4º da RN nº 204/2009, a RN nº 195/2009 e as alterações introduzidas por aquela resolução entram em vigor em 03/11/2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 196, DE 14 DE JULHO DE 2009[1]

Dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelos artigos 4º, incisos X e XXII, e 10, inciso II, da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e considerando o disposto no art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004; no artigo 1º, §2º, da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Esta resolução dispõe sobre a Administradora de Benefícios.
Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:
I - promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009.
II - contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;
III - oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;
IV - apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:
a) negociação de reajuste;
b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e
c) alteração de rede assistencial.
Parágrafo único. Além das atividades constantes do *caput*, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:
I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;
II - terceirização de serviços administrativos;
III - movimentação cadastral;
IV - conferência de faturas;
V - cobrança ao beneficiário por delegação; e
VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.
Art. 3º A Administradora de Benefícios não poderá atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.
Art. 4º A Administradora de Benefícios poderá figurar no contrato coletivo celebrado entre a Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde e a pessoa jurídica contratante na condição de participante ou de representante mediante formalização de instrumento específico.
Parágrafo único. Caberá à Operadora de Planos de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5º e 9º da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009 e da condição de elegibilidade do beneficiário.
Art. 5º A Administradora de Benefícios poderá contratar plano privado de assistência à saúde, na condição de estipulante de plano coletivo, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.
§1º A ANS regulamentará a vinculação dos ativos garantidores através de resolução específica.
§2º Caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde exigir a comprovação da legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma dos arts. 5º e 9º da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009 e da condição de elegibilidade do beneficiário.
Art. 6º Não se enquadram como Administradoras de Benefícios os Corretores e Corretoras regulamentados pela Lei Nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964.

[1] Publicada no DOU em 15/07/2009, seção 1, p. 137.

Art. 7º É vedado à Administradora de Benefícios:
I - impedir ou restringir a participação de consumidor no plano privado de assistência à saúde, mediante seleção de risco; e
II - impor barreiras assistenciais, obstaculizando o acesso do beneficiário às coberturas previstas em lei ou em contrato.
Art. 8º A Administradora de Benefícios não poderá ter rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da pessoa jurídica contratante.
Art. 9º É vedada a participação de Administradora de Benefícios e Operadora de Plano de Assistência à Saúde pertencentes ao mesmo grupo econômico em uma mesma relação contratual.
Art. 10. As pessoas jurídicas que exerçam as atividades descritas no art. 2º desta RN terão o prazo de sessenta dias para solicitar autorização de funcionamento à ANS, observado o disposto nesta Resolução.
Art. 11. As empresas com registro provisório ou autorização de funcionamento classificadas na modalidade de administradoras de planos terão o prazo de sessenta dias para solicitar à ANS a adequação de sua classificação, observando os dispositivos desta resolução.
§1º A Administradora de Planos que não pretender adequar a sua classificação poderá solicitar cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento.
§2º As empresas referidas no *caput* deste artigo que não promoverem tal adequação no prazo estipulado terão seus registros provisórios ou autorização de funcionamento cancelados.
Art. 12. A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, por intermédio de Instrução Normativa, regulamentará os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios.
Art. 13. Ficam revogados os artigos 9º e 11 da RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000.
Art. 14. O parágrafo único, do art. 1º, da Resolução Normativa - RN Nº 153, de 28 de maio de 2007, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 1º .....
Parágrafo único. Ficam dispensadas da adoção do padrão TISS as operadoras classificadas como administradoras de benefícios." (NR)
Art. 15. O §2º, do art. 1º, da RN Nº 86, de 15 de dezembro e 2004, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 1º .....
§2º Ficam dispensadas do envio previsto neste artigo as operadoras classificadas como administradoras de benefícios."
Art. 16. Os itens 1.21, do Anexo I e o 2.3, do Anexo IV, ambos da RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, passam a vigorar com a seguinte redação:
"1.21 Documento que indique o Coordenador Médico de Informações em Saúde, conforme disposto na RDC Nº 64, de 16 de abril de 2001, e RDC Nº 78, de 20 de julho de 2001, exceto para administradoras de benefícios".
.....
2.3 Indicação do Coordenador Médico de Informações em Saúde, conforme disposto na RDC nº 64, de 16 de abril de 2001 e RDC nº 78, de 20 de julho de 2001, exceto para administradoras de benefícios." (NR)
Art. 17. As regras de natureza econômico-financeira atualmente dirigidas à Administradora ou Administradora de Planos serão mantidas para as Administradoras de Benefícios, exceto quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009.
Art. 18. Esta Resolução entra em vigor trinta dias após a data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 203, DE 1º DE OUTUBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre os ativos garantidores das administradoras de benefícios.[2]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo artigo 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como pelo artigo 1º, §2º, artigo 35-A, inciso IV, alíneas "a" e "d", e parágrafo único, e artigo 35-L, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e considerando o disposto no artigo 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 30 de setembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º As administradoras de benefícios que atuarem na condição de estipulante de plano coletivo, na forma do art. 5º da Resolução Normativa - RN Nº 196, de 14 de julho de 2009, deverão constituir ativos garantidores conforme disposto nesta Resolução.

§1º O montante de ativos garantidores será obtido por um percentual de referência incidente sobre as receitas dos contratos coletivos em que a administradora de benefícios atuar como estipulante, de forma a representar em valores monetários o risco de inadimplência assumido.

§2º O percentual de referência será estabelecido por meio de normativo específico a ser editado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, podendo ser reavaliado semestralmente.

Art. 2º A aceitação pela ANS, o registro, a vinculação, a custódia, a movimentação e a diversificação dos ativos garantidores das administradoras de benefícios deverão obedecer aos critérios estabelecidos para as operadoras de pequeno porte na RN Nº 159, de 3 de julho de 2007 e posteriores alterações, não sendo admitida a utilização de bens imóveis.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 02/10/2009, seção 1, p. 34 e 35.

[2] Vide também IN/DIOPE nº 33/2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 205, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009[1]

Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010 e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso XXXI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, o *caput* do artigo 20, da Lei nº 9.656, de 3 de junho 1998, e o inciso II, alínea "a" do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 7 de outubro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução estabelece normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP que tem como finalidade acompanhar a assistência de serviços prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Art. 2º A partir do período de competência do 1º trimestre de 2010, as operadoras que mantêm planos de assistência médico-hospitalar com ou sem assistência odontológica e as operadoras exclusivamente odontológicas devem enviar informações assistenciais nos itens previstos em Instrução Normativa a ser publicada.

§1º O envio do SIP é obrigatório para todas as operadoras de planos de saúde com registro ativo na ANS.

§2º Ficam dispensadas do envio previsto neste artigo as operadoras de planos de saúde classificadas como administradoras de benefícios.

Art. 2º-A Os dados informados no SIP, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, deverão ser auditados anualmente por auditor independente registrado na CVM, estando dispensadas da auditoria as operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários. [2,3]

§1º Os dados a serem auditados serão definidos por Instrução Normativa - IN a ser publicada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, que estabelecerá a forma e a periodicidade de envio do parecer de auditoria.

§2º A auditoria realizada nos dados constantes da IN deverá observar os valores consignados nos registros da operadora, de forma a aferir a consistência dos dados.

§3º No caso das informações constantes dos registros da operadora não serem suficientes para o preenchimento do formulário constante do aplicativo previsto na IN, as justificativas deverão estar consubstanciadas em parecer emitido por auditoria independente registrada na Comissão de Valores Mobiliários - CVM.

§4º O parecer emitido pela auditoria deve, também, ser arquivado em meio físico e mantido à disposição da ANS.

Art. 3º As operadoras de planos de saúde deverão utilizar a versão Extensible Markup Language - XML, criada especificadamente para o envio do SIP/ANS.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 4º As informações de que trata a Instrução Normativa são referentes aos beneficiários da operadora de planos de saúde com direito a usufruir da assistência à saúde no item assistencial em questão, durante o período correspondente.

---

[1] Publicada no DOU em 09/10/2009, seção 1, p. 118.

[2] O art. 2º- A e seus parágrafos, foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 229/2010.

[3] O *caput* do art. 2º- A passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 274/2011.

§1º Devem ser informados os eventos e despesas exclusivamente de beneficiários que mantêm contrato com a operadora de planos de saúde, independentemente de compartilhamento de risco/repasse continuado da assistência para outras operadoras de planos de saúde.
§2º Nos casos de compartilhamento de risco/repasse continuado da assistência, a operadora de planos de saúde que detém o contrato com o beneficiário deverá informar o total dos eventos e das despesas realizadas pela operadora de planos de saúde que prestou o atendimento.
Art 5º As informações assistenciais, reconhecidas no trimestre, devem ser alocadas por tipo de contratação do plano, unidade federativa de ocorrência dos eventos e trimestre de ocorrência dos eventos.
§1º Os eventos e despesas reconhecidas em trimestres posteriores aos de suas ocorrências, deverão ser alocados por trimestre de ocorrência dos eventos, em campo específico nos arquivos subsequentes.
§2º As informações assistenciais devem ser enviadas com a dedução de eventuais glosas (de eventos, de despesas), que também deverão estar alocadas de acordo com o trimestre de ocorrência dos eventos a que se referem.
§3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários estão dispensadas do envio por unidade federativa de ocorrência dos eventos.[1]
Parágrafo único. As operadoras médico-hospitalares são as que comercializam os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 6º A partir do período de competência do 1º trimestre de 2010, as operadoras de que trata o art. 2º deverão enviar as informações assistenciais considerando os seguintes prazos e períodos: [2]
I - competências do primeiro e segundo trimestres: prazo até o último dia útil de agosto;
II - competências do terceiro e quarto trimestres: prazo até o último dia útil de fevereiro.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º O envio do SIP à ANS não exime as operadoras de planos de saúde da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS vier a requisitar.
Art. 8º A inobservância ao disposto nesta Resolução sujeitará o infrator às penalidades previstas na regulamentação vigente.
Art. 9º O SIP/ANS versão XML e o respectivo manual de orientação, se encontrarão disponíveis para download no sítio da ANS.
Art. 10. Revogam-se as RNs nº 86, de 15 de dezembro de 2004; nº 96, de 29 de março de 2005; nº 141, de 21 de dezembro de 2006; e nº 152, de 18 de maio de 2007.
Art. 11. Esta Resolução entrará em vigor em 1º de janeiro de 2010.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O §3º do art. 5º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 274/2011.
[2] O art. 6º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 229/2010 e o parágrafo único foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 229/2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 206, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera as Resoluções Normativas nº 159 e 160, ambas de 3 de julho de 2007.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem as alíneas "b", "d" e "e" do inciso IV e parágrafo único do artigo 35-A, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, os incisos XLII do artigo 4º e II do artigo 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e a alínea "a" do inciso II do artigo 86, da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 6 de novembro de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º As contraprestações e prêmios provenientes das operações de planos privados de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido devem ser obrigatoriamente apropriadas pelo valor correspondente ao rateio diário - pro rata dia - do período de cobertura individual de cada contrato, a partir do primeiro dia de cobertura.

§1º Revogado[2].

§2º Os saldos registrados no passivo circulante referentes à Provisão de Risco ou à Provisão de Prêmios Não Ganhos - PPNG, previstos na regulamentação vigente, deverão ser, em janeiro de 2010, revertidos em sua totalidade a crédito da conta de resultado variação das provisões técnicas.

§3º As operadoras de planos de assistência à saúde ficam automaticamente autorizadas a proceder à averbação do cancelamento da vinculação dos imóveis garantidores da Provisão de Risco junto ao cartório competente.

§4º Os títulos e valores mobiliários vinculados como ativos garantidores da Provisão de Risco passarão automaticamente a lastrear até 72/72 da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA, e o eventual montante remanescente o saldo da rubrica Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde, prevista no Plano de Contas Padrão da ANS.

§5º Para efeitos do disposto no parágrafo anterior, eventual insuficiência de ativos garantidores da Provisão de Risco em 31 de dezembro de 2009 será considerada insuficiência de ativos garantidores da PEONA e de Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde, a partir da entrada em vigor desta RN. [3]

§6º Os §§4º e 5º deste artigo não se aplicam às operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.[4]

Art. 2º Fica facultado às operadoras de planos de assistência à saúde constituir a integralidade ou qualquer percentual adicional da PEONA em relação ao escalonamento mínimo previsto nos artigos 20 e 21 da RN Nº 160, de 2007, sem obrigatoriedade de imediata vinculação de ativos garantidores para cobrir a parcela adicional contabilizada, que poderá continuar a ocorrer na forma prevista naqueles artigos, e sem prejuízo do disposto no §4 do artigo 1º.

§1º O disposto no presente artigo não se aplica àquelas operadoras de planos de assistência à saúde que iniciaram suas operações a partir de 19 de julho de 2001 e às Seguradoras Especializadas em Saúde.

§2º Os efeitos decorrentes da antecipação prevista no *caput* não serão considerados na apuração da suficiência de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA e Margem de Solvência de que tratam os artigos 3º ao 11 da RN Nº 160, de 2007.

Art. 3º Os valores de PEONA contabilizados, mês a mês, acima do mínimo exigido pela regulamentação vigente não poderão ser revertidos, exceto no caso em que este total seja superior à 72/72 do valor calculado para PEONA.

---

[1] Publicada no DOU em 03/12/2009, seção 1, p. 104.

2 O §1º do art. 1 foi revogado conforme art. 3º inciso IV da RN nº 290

[3] O §5º do art. 1º foi acrescido conforme art. 1º da RN nº 208/2009.

[4] O art. 1º passou a vigorar acrescido do §6º, conforme art. 8º da RN nº 274/2011.

Art. 4º Exceto quanto ao disposto no artigo 2º desta RN e com relação aos valores registrados na Provisão de Prêmios ou Contribuições não Ganhas, a totalidade do valor constituído das provisões técnicas deverá, obrigatoriamente, ser lastreada por ativos garantidores nos termos da legislação vigente.[1]

Art. 5º O inciso II, do artigo 2º, da RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, passa a vigorar com a seguinte redação:

"II - ativos garantidores: ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, que lastreiam as provisões técnicas e o excedente da dependência operacional;" (NR)

Art. 6º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente o inciso I do artigo 12 e os artigos 14 ao 18, todos da RN Nº 160, de 3 de julho de 2007, e os incisos VIII e IX do artigo 2º; o art. 6º; o inciso I do art. 7º; os artigos 8º ao 14; os artigos 22 e 23 e o Anexo I, todos da RN Nº 159, 3 de julho de 2007.

Art. 7º A regulamentação do prazo para a constituição de ativos garantidores para o saldo da rubrica Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde será discutida em Câmara Técnica, a ser convocada pela ANS, sem prejuízo do disposto no §4º do artigo 1º.

Art. 8º Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 1º de janeiro de 2010.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O art. 4º foi alterado, conforme art. 4º da RN nº 314/2012

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 209, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.[2]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem as alíneas "b", "d" e "e" do inciso IV e parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso XLII do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, os §§2º e 3º do artigo 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde - OPS.[3]

Parágrafo único. Entende-se como OPS as operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

CAPÍTULO II
DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Recursos Próprios Mínimos

Subseção I
Definição

Art. 2º Considera-se Recurso Próprio Mínimo o limite do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, conforme estabelecido em regulamentação específica a ser editada pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, o qual deverá ser observado pelas OPS, a qualquer tempo, de acordo com os critérios de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência.

Art. 2º-A A eventual insuficiência, exclusivamente em relação à exigência de Margem de Solvência, do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, conforme regulamentação específica a ser editada pela DIOPE, será caracterizada como anormalidade econômico-financeira caso seja constatada a não observância aos procedimentos de recuperação econômico-financeira constantes de regulamentação específica.

Parágrafo único. A operadora que se encontrar na situação descrita no *caput* deverá divulgar, em seus demonstrativos financeiros, as ações corretivas planejadas para a recuperação do patrimônio.[4]

Subseção II
Patrimônio Mínimo Ajustado

Art. 3º O Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA representa o valor mínimo do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social da OPS ajustado por efeitos econômicos na forma da regulamentação do disposto no inciso I do artigo 22, calculado a partir da multiplicação do fator 'K', obtido na Tabela do Anexo I, pelo

[1] Publicada no DOU em 23/12/2009, seção 1, p. 70 a 73.

[2] A ementa passou a vigorar com nova redação, conforme art. 9º da RN nº 274/2011.

[3] O *caput* do art. 1º foi alterado, conforme art. 8º da RN nº 227/2010.

[4] O art. 2-A, foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 313/2012

capital base de R$ 5.001.789,60 (cinco milhões, mil setecentos e oitenta e nove reais e sessenta centavos).
§1º O capital base será ajustado anualmente tendo como referência a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.
§2º O período referência para a aplicação do ajuste será a variação acumulada nos últimos doze meses, tomando-se por base o mês de junho de cada ano.
§3º Os percentuais dos ajustes e os correspondentes valores atualizados do capital base serão divulgados no mês de julho de cada ano, no endereço eletrônico da ANS na Internet.
Art. 4º As autogestões, anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que apresentaram pedido de autorização de funcionamento até 3 de julho de 2007, deverão observar, integral e mensalmente, as regras de PMA.
§1º As OPS de que trata o *caput* deste artigo deverão observar na data de 31 de dezembro de 2009 a parcela mínima de 24/72 (vinte e quatro setenta e dois avos) do valor calculado nos termos do artigo 3º desta Resolução.
§2º A partir de janeiro de 2010, deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 1/72 (um setenta e dois avos) do valor calculado nos termos do artigo 3º desta Resolução, pelo prazo máximo de quarenta e oito meses.
Art. 5º As OPS, que apresentaram pedido de autorização de funcionamento a partir de 3 de julho de 2007, deverão proceder à capitalização necessária, em observância aos limites de PMA, em valor equivalente a, no mínimo, 50% (cinqüenta por cento) em moeda corrente do País.

Subseção III
Margem De Solvência

Art. 6º A Margem de Solvência corresponde à suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, na forma da regulamentação do disposto no inciso I do artigo 22, para cobrir o maior montante entre os seguintes valores:
I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a soma dos últimos doze meses: de 100% (cem por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% (cinqüenta por cento) das contraprestações/prêmios na modalidade de preço pós-estabelecido; ou
II - 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido e de 50% (cinqüenta por cento) dos eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido.
§1º O percentual ponderador de 50% (cinqüenta por cento) das contraprestações/prêmios e dos eventos/sinistros em modalidade de preço pós-estabelecido, previstos respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, poderá ser substituído pelo percentual de inadimplência médio verificado pela OPS nos 12 (doze) meses anteriores à data de sua apuração, limitados a, no mínimo, 10% (dez por cento), desde que demonstrado e autorizado pela DIOPE.
§2º As OPS não são obrigadas a observar os critérios de Margem de Solvência até que completem um ano de operação.
§3º Caso a OPS possua tempo de operação inferior a 36 (trinta e seis) meses, a média anual de eventos/sinistros a que se refere o inciso II deste artigo, deverá ser calculada com base no seu período total de atividade.
§4º Os parâmetros do Anexo III desta Resolução deverão ser observados para apuração do disposto nos incisos I e II deste artigo.
§5º A formulação de cálculo da Margem de Solvência, constante do artigo 6º desta Resolução, poderá ser substituída por modelo próprio baseado nos riscos da operadora, desde que previamente aprovado pela ANS e segundo critérios e diretrizes regulamentados pela DIOPE na forma do disposto no inciso III do artigo 22 desta Resolução.
§6º As Seguradoras Especializadas em Saúde – SES que iniciaram suas atividades antes da publicação desta resolução, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência, podendo até o prazo máximo de 31 de dezembro de 2022, obedecer a escala de transição disposta no Anexo VII para apuração da margem de solvência exigida.[1]
Art. 7º As OPS dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de Julho de 2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência.

[1] O §6º do art. 6º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 373/2015.

§1º Revogado.[1]
§2º Revogado.
Parágrafo único. Parágrafo único. As OPS de que tratam o *caput* deverão observar a parcela mínima do valor[2]calculado nos termos do art. 6º, conforme estabelecido no anexo VIII da presente Resolução.
Art. 8º As autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, que iniciaram suas operações até 3 de Julho de 2007, deverão observar integral e mensalmente as regras de Margem de Solvência, podendo, durante o prazo máximo de 10 (dez anos), contados a partir de janeiro de 2014, observar a proporção cumulativa mínima de 1/120 (um cento e vinte avos), a cada mês, do valor calculado nos termos do artigo 6º desta Resolução.
Art. 8º-A A margem de solvência exigida, observados os arts. 6º, 7º e 8º desta RN, poderá ser reduzida em função do total de gastos com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, conforme regulamentação específica a ser editada em conjunto pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.[3]

Seção II
Provisões Técnicas

Subseção I
Disposições Gerais

Art. 9º As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:
I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, para garantia de eventos/sinistros já ocorridos, registrados contabilmente e ainda não pagos;
II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados - PEONA, estimada atuarialmente para fazer frente ao pagamento dos eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela OPS;
III - Provisão para Remissão, para garantia das obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização; e
IV - outras Provisões Técnicas necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões - NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.
Parágrafo único. Para fins desta norma, consideram-se cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde aquelas que prevêem a manutenção de cobertura de assistência à saúde, com dispensa de pagamento da contraprestação/prêmio, no caso de ocorrência de um fato futuro e incerto previsto contratualmente.
V - Provisão para Prêmios ou Contribuições não Ganhas - PPCNG, deve ser constituída para a cobertura dos eventos/sinistros a ocorrer.[4]
Art. 10. As Provisões Técnicas, de que tratam os incisos II, III e IV do artigo 9º, deverão ser apuradas conforme metodologia definida por atuário legalmente habilitado, em NTAP, a ser encaminhada para análise e aprovação da DIOPE.
§1º Somente serão passíveis de análise e aprovação as NTAPs das OPS que:
I - constituírem as Provisões Técnicas conforme exigido por esta Resolução;
II - possuírem Recursos Próprios Mínimos suficientes que atendam ao exigido nesta Resolução, exceto quando a eventual insuficiência apurada for decorrente da constituição de Provisões Técnicas superiores à 100% dos valores calculados pela nova metodologia;
III - atenderem aos requisitos relativos ao lastro das Provisões Técnicas por Ativos Garantidores conforme regulamentação específica, exceto quando a eventual insuficiência apurada for decorrente da constituição de Provisões Técnicas superiores à 100% (cem por cento) dos valores calculados pela nova metodologia;[5]
IV - estiverem em dia com a remessa das informações do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde - DIOPS-XML.

[1] O §1º e 2º do art. 7º foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 313/2012
2 O § único do art. 7º foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 313/2012
3 O art. 8-A, foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 313/2012
[4] O inciso V do art. 9º, foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 314/2012
[5] O inciso III e o §3º do art. 10 tiveram sua redação alterada, conforme art. 9º da RN nº 274/2011.

V - encaminharem, no mínimo, as informações constantes do Anexo VI da presente resolução.[1]
§2º Deverão ser observados os critérios técnicos constantes do Anexo II desta Resolução, quando da elaboração da NTAP a ser enviada.
§3º Até que haja aprovação da metodologia de cálculo da PEONA, as operadoras deverão observar os valores mínimos constantes dos artigos 16, 16-A, 16-B e 16-C.
§4º Os pedidos de análise e aprovação de metodologia de cálculo de provisão consubstanciadas em NTAP que forem enviados à DIOPE que não satisfaçam aos requisitos mínimos constantes do §1º e seus incisos, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à operadora solicitante.[2]
Art. 11. A base de dados, encaminhada à DIOPE e utilizada na elaboração da metodologia de cálculo da Provisão Técnica para fins de aprovação, deverá ser auditada e estar acompanhada de Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, versando sobre a sua fidedignidade e consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML.
Parágrafo único. Os procedimentos constantes no Relatório Circunstanciado a que se refere o *caput* deste artigo devem obedecer às normas de auditoria aplicáveis e considerar, no mínimo, os aspectos constantes no Anexo IV desta Resolução.
Art. 12. A apresentação de base de dados em consonância com o estabelecido nesta Resolução não implica na aprovação, em qualquer caráter, da metodologia de cálculo da provisão a que se refere a NTAP encaminhada para análise.
Art. 13. As OPS ficam obrigadas a armazenar todas as informações utilizadas no cálculo das Provisões Técnicas, bem como todas as informações contidas no Anexo V desta Resolução, inclusive quando da elaboração de metodologias submetidas à aprovação e teste de consistência, conforme definido item 1 do Anexo III desta Resolução.
Parágrafo único. A ANS poderá solicitar a qualquer tempo a base de dados de que trata o *caput* deste artigo, bem como exigir relatório circunstanciado, versando sobre a sua fidedignidade e consistência, nos mesmos termos previstos no artigo 11 desta resolução.[3]
Art. 14. As entidades de autogestão anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, poderão garantir os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da constituição das provisões técnicas próprias ou por meio de ativos ofertados por seu mantenedor, suficientes para garantir o equivalente ao montante das provisões técnicas.

Subseção II
Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar

Art. 15. A Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar deverá ser constituída para fazer frente aos valores a pagar por eventos/sinistros avisados até a data base de cálculo, de acordo com a responsabilidade retida pela OPS, observados os seguintes critérios:
I - o registro contábil dos eventos/sinistros a liquidar deverá ser realizado pelo valor integral cobrado pelo prestador ou apresentado pelo beneficiário, no primeiro momento da identificação da ocorrência da despesa médica, independente da existência de qualquer mecanismo, processo ou sistema de intermediação da transmissão, direta ou indiretamente por meio de terceiros, ou da análise preliminar das despesas médicas; e
II - a identificação da ocorrência da despesa médica será entendida como qualquer tipo de comunicação estabelecida entre o prestador ou beneficiário e a própria operadora, ou terceiro que preste serviço de intermediação de recebimento de contas médicas à operadora, que evidencie a realização de procedimento assistencial a beneficiário da operadora.

Subseção III
Provisão para Eventos ocorridos e não-avisados - Peona

[1] O inciso V do art. 10 foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 246/2011.
[2] O §4º do art. 10 foi acrescido, conforme art. 4º da RN nº 246/2011.
[3] O parágrafo único do art. 13 foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 246/2011.

Art. 16. Ressalvado o disposto nos arts. 16-A, 16-B e 16-C, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, as OPS deverão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:[1]

I - 9,5% (nove vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido, exceto aquelas referentes às contraprestações odontológicas; e

II - 12% (doze por cento) do total de eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses, exceto aqueles referentes às despesas odontológicas.

§1º Os incisos I e II deste artigo, no que tange a exclusão das contraprestações/prêmios odontológicos, não se aplicam às SES.

§2º Para as OPS com menos de 12 (doze) meses de operação, os valores previstos nos incisos I e II deste artigo, deverão ser calculados considerando o total de meses de atividade.

§3º Caso os valores estimados pela metodologia de cálculo da PEONA, definida em NTAP, apresentem constantes disparidades em relação aos eventos/sinistros efetivamente observados ao longo do tempo, a DIOPE poderá determinar a mudança da metodologia.

§4º A OPS que desejar alterar a metodologia de cálculo constante de NTAP aprovada deverá enviar nova NTAP com a metodologia que considere mais adequada, bem como justificativa técnica para tal mudança, mantendo o cálculo utilizado anteriormente até a aprovação da nova NTAP.

§5º Revogado.[2]

Art. 16-A. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com mais de 100.000 (cem mil) beneficiários, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, deverão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:[3,4]

I - 9,5% (nove vírgula cinco por cento) do total de contraprestações odontológicas nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido;

II - 12% (doze por cento) do total de eventos indenizáveis odontológicos, nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido.

§1º Para as OPS com menos de 12 (doze) meses de operação, os valores previstos nos incisos I e II deste artigo, deverão ser calculados considerando o total de meses de atividade.

§1º-A. Para as OPS com mais de 12 meses de operação, o número de beneficiários corresponde ao apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.

§2º É facultativa a constituição da PEONA para as operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil, apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.

§3º As operadoras de que trata o §2º do presente artigo podem optar pela constituição da PEONA mediante o prévio encaminhamento de sua metodologia de cálculo, definida em NTAP, para análise e aprovação da DIOPE, passando a ser obrigatória a partir da data da efetiva aprovação.

Art. 16-B. As operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários, exceto as que atuam sob a modalidade cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, poderão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:[5]

I - 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido, exceto aquelas referentes às contraprestações odontológicas; e

II - 10% (dez por cento) do total de eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses, exceto aqueles referentes às despesas odontológicas.

Parágrafo único. Para as OPS com mais de 12 meses de operação, o número de beneficiários corresponde ao apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.

Art. 16-C. As operadoras de planos privados de assistência à saúde classificadas nas modalidades cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com até 100.000 (cem mil) beneficiários, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, poderão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:

[1] O *caput* do art. 16 teve sua redação alterada, conforme art. 9º da RN nº 274/2011.

[2] O §5º do art. 16 foi revogado conforme art. 4º da RN nº 243/2010.

[3] O art. 16-A foi acrescido conforme art. 2º da RN nº 243/2010.

[4] O *caput* do art. 16-A passou a vigorar com nova redação, e acrescido do §1º-A, conforme art. 9º da RN nº 274/2011.

[5] Os arts. 16-B e 16-C foram acrescidos, conforme art. 9º da RN nº 274/2011.

I - 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações odontológicas nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido; e
II - 10% (dez por cento) do total de eventos indenizáveis odontológicos, nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido.
Parágrafo único. Para as OPS com mais de 12 meses de operação, o número de beneficiários corresponde ao apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.
Art. 17. As OPS deverão constituir mensalmente e de forma integral a PEONA calculada observando-se o disposto nos artigos 16, 16-A, 16-B e 16-C desta Resolução.[1]
§1º As OPS de que trata o *caput* deverão ter constituído na data de 31 de dezembro de 2009 a parcela mínima de 24/72 (vinte e quatro setenta e dois avos) do valor calculado nos termos do artigo 16 desta Resolução.
§2º A partir de janeiro de 2010, deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 1/72 (um setenta e dois avos) do valor calculado nos termos do artigo 16 desta Resolução, pelo prazo máximo de quarenta e oito meses.
§3º Ficam excluídas deste artigo as SES.
Art. 17-A. Revogado.[2]

Subseção IV
Provisão para Remissão

Art. 18. As OPS que apresentaram Nota Técnica de Registro de Produto contemplando metodologia de cálculo da Provisão para Remissão ou que já tenham enviado a referida NTAP ficam dispensadas do encaminhamento de nova NTAP para Remissão de que trata o artigo 9º desta Resolução.
Art. 19. A Provisão para Remissão deverá ser constituída integralmente no mês de competência do fato gerador do benefício previsto contratualmente, devendo ser suficiente para a garantia da assistência à saúde durante todo o prazo restante do benefício.
Parágrafo único. A constituição de Provisão para Remissão será de obrigatoriedade da OPS que assumir a responsabilidade pela cobertura dos riscos dos beneficiários remidos nas condições contratuais pactuadas.

Subseção V
Provisão para Prêmios ou Contribuições Não Ganhas - PPCNG

Art. 19 - A. O cálculo da PPCNG deve apurar a parcela de prêmios ou contribuições não ganhas, relativa ao período de cobertura do risco, sendo formada pelo valor resultante da fórmula abaixo, nos contratos em pré-pagamento, por meio de cálculos individuais dos contratos vigentes na data base de sua constituição:[3]
PPCNG = Período de risco a decorrer X Contraprestação ou Prêmio Período total de cobertura de risco.
Art. 19 - B. A PPCNG deve ser constituída diariamente, a partir do início de vigência, e revertida mensalmente, no último dia do mês, com relação ao risco decorrido, para registrar a receita de prêmio ou contraprestação ganha, de acordo com o regime de competência contábil.

Seção III
Dependência Operacional

Art. 20. Revogado.[4]
Art. 21. Revogado.

[1] O art. 17 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 373/2015.
[2] O art. 17-A foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 373/2015.
[3] O art. 19-A e B foram acrescidos conforme, art. 3º da RN nº 314/2012.
[4] Os arts. 20 e 21 foram revogados, conforme art. 9º da RN nº 227/2010.

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 22. A DIOPE fica autorizada a editar os atos normativos que julgar necessários ao fiel cumprimento desta Resolução, em particular os seguintes:
I - os ajustes, por eventuais efeitos econômicos, no Patrimônio da OPS a ser considerado no critério estabelecido para Margem de Solvência e PMA;
II - o critério de liquidez para os Ativos que irão compor o patrimônio a ser observado nas regras de Margem de Solvência;
III - os critérios e diretrizes para utilização de modelo próprio de margem de solvência;
IV - a metodologia de cálculo de provisão para remissão para aquelas OPS que não obtiverem aprovação da metodologia constante em NTAP encaminhada; e
V - critérios de repasse dos riscos referentes à Provisão para Remissão.
Art. 23. As OPS que venham a adquirir carteira de planos de SES ou de OPS do segmento terciário cuja data de início de operação seja posterior a 19 de julho de 2001, deverão observar, integralmente, as regras de Margem de Solvência e de constituição de PEONA, no que se refere à carteira de planos adquirida.
Art. 24. As OPS que venham a ser criadas de um processo de cisão ou fusão poderão se beneficiar do que dispõem os artigos 7º e 8º desta Resolução, conforme a sua natureza jurídica, desde que, pelo menos uma das OPS que deram origem às novas pessoas jurídicas tenham iniciado as suas operações antes do dia 19 de julho de 2001.[1]
Parágrafo único. O mesmo se aplica as OPS que venham a incorporar outras OPS que tenham iniciado as suas operações antes do dia 19 de julho de 2001.
Art. 25. Os Anexos I a VIII constituem parte integrante desta Resolução.[2]
Art. 26. Revogam-se a RN Nº 160, de 3 de julho de 2007, a RDC nº 65, de 16 de abril de 2001, a RN Nº 14, de 24 de outubro de 2002, a RN Nº 57, de 17 de dezembro de 2003, a RN Nº 6, de 25 de abril de 2002, a IN/DIOPE nº 17, de 25 de agosto de 2008, IN/DIOPE nº 30, de 25 de agosto de 2009, e a IN/DIOPE nº 35, de 6 de outubro de 2009.
Art. 27. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 1º de janeiro de 2010.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O art. 17 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 373/2015.
[2] O art. 25 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 313/2012.

ANEXO I

Tabela - VALOR DO FATOR K (%)

SEGMENTO	REGIÃO DE COMERCIALIZAÇÃO					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Seguradoras Especializadas em Saúde	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Medicina de Grupo/Filantropias - ST	100,00	74,19	48,39	25,81	18,06	10,32
Cooperativa Médica - ST	87,10	61,29	37,10	18,06	12,65	7,23
Medicina de Grupo/Filantropias - SSS	74,39	49,19	27,58	12,65	8,85	5,06
Cooperativa Médica - SSS	64,52	46,77	29,03	12,90	8,82	4,74
Autogestão	61,69	38,39	20,11	8,85	6,20	3,54
Medicina de Grupo/ Filantropias -SSP	50,04	29,25	19,35	7,10	5,00	2,90
Cooperativa Médica - SSP	45,81	22,58	15,35	6,68	4,76	2,84
Medicina de Grupo/Filantropias - SPS	34,19	20,97	14,52	6,26	4,35	2,45
Cooperativa Médica - SPS	32,58	19,74	12,89	5,85	3,98	2,10
Medicina de Grupo/Filantropia - SPP e SPP/SUS	20,16	14,31	8,37	4,98	3,37	1,77
Cooperativa Médica - SPP e SPP/SUS	17,24	11,34	6,67	4,37	2,92	1,47
Odontologia de Grupo - SOT	3,23	2,58	1,94	0,48	0,41	0,34
Cooperativa Odontológica - SOT	2,58	2,43	1,79	0,45	0,35	0,25
Odontologia de Grupo - SOM	2,40	2,03	1,48	0,39	0,30	0,20
Cooperativa Odontológica - SOM	2,35	1,90	1,21	0,34	0,26	0,19
Odontologia de Grupo - SOP	2,31	1,76	0,94	0,29	0,23	0,18
Cooperativa Odontológica - SOP	2,03	1,35	0,61	0,23	0,20	0,16
Administradora	2,00	1,30	0,50	0,20	0,18	0,15

Capital base = R$ 5.001.789,60

Para efeito de classificação, as OPS deverão observar sua região de comercialização e, também, o disposto na Resolução – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, e alterações posteriores:
- Região 1: em todo o território nacional ou em grupos de pelo menos três estados dentre os seguintes: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia;
- Região 2: no Estado de São Paulo ou em mais de um estado, excetuando os grupos definidos no critério da região 1;
- Região 3: em um único estado, qualquer que seja ele, excetuando-se o Estado de São Paulo;
- Região 4: no Município de São Paulo, do Rio de Janeiro, de Belo Horizonte, de Porto Alegre ou de Curitiba ou de Brasília;
- Região 5: em grupo de municípios, excetuando os definidos na região 4; e
- Região 6: em um único município, excetuando os definidos na região 4.

OBS. 1: Para fins de aplicação deste Anexo, considera-se região de comercialização as localidades onde as autogestões disponibilizam e as demais OPS comercializam seus Planos Privados de Assistência à Saúde.
OBS. 2: Será considerada atuação estadual a operação em mais de 50% dos municípios de um estado.
OBS. 3: Cada OPS só poderá enquadrar-se em uma única região e segmento.
OBS. 4: Brasília não será considerado como estado para fins de enquadramento na região de comercialização.

ANEXO II

Aspectos mínimos a serem observados na elaboração das Notas Técnicas Atuariais de Provisões

1 - Os documentos relativos às Provisões Técnicas devem ser encaminhados em versão original, contendo a assinatura do atuário habilitado e seu número de identificação profissional perante o órgão competente, acompanhados por correspondência assinada pelo representante da OPS junto à ANS e apresentar, no mínimo, o item a seguir.

2 - Quanto às Notas Técnicas Atuariais de Provisões - NTAP:

2.1 - O Objetivo da NTAP.

2.2 - Definições Gerais: no que couber, este item deverá incluir a definição de termos técnicos necessária à perfeita compreensão da NTAP.

2.3 - Bases Técnicas:

2.3.1 - Incluir a definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;

2.3.2 - Incluir a especificação do critério técnico adotado na metodologia e a sua respectiva justificativa técnica;

2.3.3 - No caso de utilização de tábuas biométricas, estas deverão ser reconhecidas pelo Instituto Brasileiro de Atuária - IBA e ser especificada na NTAP;

2.3.4 - No caso da utilização de índices financeiros de atualização, especificar o índice, o seu critério de aplicação e a sua referência;

2.3.5 - Quando as bases técnicas contemplarem premissas de qualquer natureza, estas deverão estar fundamentadas tecnicamente pelo atuário responsável.

2.4 - Metodologia de Cálculo:

2.4.1 - Apresentar as formulações utilizadas;

2.4.2 - Apresentar base de dados e estatísticas utilizadas, acompanhadas da especificação do período e das fontes, bem como demonstrativo de cálculo;

2.4.3 - Quanto à reavaliação, deverão ser estabelecidos na NTAP a periodicidade, os critérios, o período de referência dos dados a serem utilizados e a sua formulação;

2.4.4 - Definição da periodicidade de cálculo e os critérios de constituição da Provisão, observando a legislação vigente;

2.4.5 - Quaisquer alterações adotadas na metodologia de cálculo da provisão deverão ser previamente submetidas à análise e aprovação da ANS;

2.4.6 - Quanto à Provisão para Remissão:

2.4.6.1 - A metodologia de cálculo referente à Provisão para Remissão deve levar em consideração a expectativa de despesas assistenciais (médico-hospitalares e/ou odontológica) durante o prazo de remissão concedido;

2.4.6.2 - No cálculo de apuração da expectativa de despesa assistencial o atuário deverá observar se a base de dados utilizada apresenta consistência estatística suficiente;

2.4.6.3 - Caso a apuração da expectativa de despesa assistencial seja feita por faixa etária, estas deverão ser apresentadas;

2.4.6.4 - A Provisão para Remissão deverá ser calculada ao fim de cada mês, considerando-se como período inicial o mês do fato gerador do benefício de remissão;

2.4.6.5 - Deve ser apresentada a formulação de cálculo da Provisão para Remissão na entrada de gozo do benefício e sua sistemática de cálculo mensal.

2.4.7 - Caso a metodologia adotada na NTAP de PEONA seja a da "Sinistralidade Esperada", o percentual de sinistralidade considerado deverá ser justificado e vir acompanhado de seu respectivo embasamento técnico.

2.4.8 - As metodologias de cálculo constantes em notas técnicas atuariais aprovadas pela DIOPE só poderão ser modificadas mediante prévia solicitação de alteração a ser encaminhada à DIOPE para nova aprovação, acompanhadas de estudo técnico que a justifique.

ANEXO III
Observações para avaliação das Provisões Técnicas e Margem de Solvência

1 - Para fins desta norma, entende-se como teste de consistência a comparação entre os valores de provisão estimados com os valores efetivamente observados a fim de avaliar a adequação da metodologia constante da NTAP.
1.1 - O período de escolha das datas-base constantes do teste de consistência deve ser suficiente para a avaliação da adequação da metodologia.
2 - O atuário deve verificar se a metodologia proposta na NTAP de PEONA é adequada à realidade operacional da operadora, em especial nas OPS em início de atividade, considerando a forma de remuneração dos prestadores, justificando a sua adoção;
3 - Para OPS com experiência de no mínimo 12 meses, anexo à NTAP de PEONA deverá ser encaminhado teste de consistência da metodologia.
4 - Quando a metodologia de cálculo de PEONA for obtida com base na diferença entre a estimativa do total de eventos/sinistros ocorridos e não pagos e o total de eventos/sinistros a liquidar, não poderão ser considerados os valores referentes às disputas judiciais e ressarcimentos ao SUS, salvo quando devidamente justificado e autorizado pela ANS.
5. Para fins de cálculo ou de apuração das contraprestações/prêmios a que se referem os artigos 6º, 16, 16-A, 16-B e 16-C da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como contraprestações líquidas/prêmios retidos.[1]
6 - Para fins de cálculo ou de apuração dos eventos/sinistros a que se refere o artigo 6º da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como eventos indenizáveis líquidos/ sinistros retidos.
7. Para fins de cálculo ou de apuração dos eventos/sinistros a que se refere o artigo 16, 16-A, 16-B e 16-C da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como eventos/sinistros conhecidos ou avisados e suas deduções, exceto as variações de PEONA.

[1] Os itens 5 e 7 do Anexo III passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 9º da RN nº 274/2011.

ANEXO IV

Aspectos mínimos a serem observados no Relatório Circunstanciado de Auditores Independentes referente a dados que acompanham as Notas Técnicas Atuariais de Provisões Técnicas

1 - Os relatórios circunstanciados que acompanham as bases de dados utilizadas na elaboração das metodologias de cálculo das provisões técnicas consubstanciadas em NTAP, que forem apresentadas à DIOPE para análise e aprovação, deverão obedecer as normas aplicáveis estabelecidas pelo Instituto dos Auditores Independentes do Brasil - IBRACON, visando assegurar a fidedignidade e consistência dos dados apresentados contemplando, no mínimo, os seguintes aspectos:

1.1 - Quando os dados forem utilizados para elaboração de estimativa da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA:

a) avaliação dos sistemas que geram as informações constantes das bases de dados;

b) avaliação das informações de datas de ocorrência, datas de registro contábil e valores avisados de eventos/sinistros indenizáveis constante da base de dados e sua fidedignidade em relação aos dispositivos contratuais e/ou lançamentos contábeis (contratos, aditivos, balancetes, notas fiscais, etc) que suportam tais informações;

c) avaliação das informações de data de pagamento e valores pagos de eventos/sinistros indenizáveis, quando estas informações forem contempladas na base de dados e sua fidedignidade em relação aos dispositivos contratuais e/ou lançamentos contábeis (lançamentos contábeis, notas fiscais, etc) que suportam tais informações;

d) avaliação do total de valores avisados de eventos/sinistros indenizáveis, por data de registro contábil, em relação aos valores de eventos indenizáveis constantes dos demonstrativos contábeis e das informações encaminhadas à ANS por meio do DIOPS-XML.

1.2 - Quando os dados forem utilizados para elaboração de estimativa da Provisão para Remissão:

a) avaliação dos sistemas que geram as informações constantes das bases de dados;

b) avaliação das informações de datas de início e fim de gozo do benefício, data de nascimento ou idade e sexo do beneficiário remido e valores de despesa assistencial por exposto utilizado no cálculo constante da base de dados e sua fidedignidade em relação aos dispositivos contratuais e/ou lançamentos contábeis (contratos, aditivos, balancetes, etc) que suportam tais informações.

1.3 - Quando os dados forem utilizados para elaboração de outra provisão técnica não obrigatória:

a) avaliação dos sistemas que geram as informações constantes das bases de dados quando estas forem fornecidas pela operadora;

b) avaliação da suficiência das informações constantes da base de dados para sua utilização na metodologia proposta pelo atuário responsável;

c) avaliação da compatibilidade das informações constantes das bases de dados em relação aos dispositivos contratuais e/ou lançamentos contábeis, quando aplicável.

2 - As conclusões e procedimentos adotados pelo auditor deverão constar de seus relatórios de forma clara e explícita e deverão se ater às bases de dados auditadas, não expressando opinião quanto à metodologia de cálculo da provisão cuja responsabilidade é do atuário legalmente habilitado.

ANEXO V
Bases de Dados referentes às avaliações de Provisões Técnicas

1 - A OPS deverá dispor, a qualquer tempo, em meio digital, dos dados atualizados a que se referem os itens I e II deste Anexo, para envio e/ou verificação da ANS quando solicitados.

I) Formato de base de dados de eventos indenizáveis:
As avaliações da metodologia de cálculo de PEONA deverão vir acompanhadas de base de dados, em consonância com os demonstrativos contábeis e o DIOPS, em meio digital na formatação .xls, .dbf, .mdb ou .txt e considerando no mínimo as seguintes informações:

ARQUIVO CONTENDO BASE DE DADOS DE EVENTOS INDENIZÁVEIS

Colunas	Campo	Descrição	Tipo	Tamanho do Campo	Casas Decimais
1	MÊS/ANO DE OCORRÊNCIA	Data de Ocorrência dos Eventos (mmaaaa)	Data	6	
2	MÊS/ANO DE AVISO	Data de Aviso dos Eventos (mmaaaa)	Data	6	
3	VALOR_AVISADO	Valor Avisado	Numérico	16	2
4	MÊS/ANO DE PAGAMENTO	Data do Pagamento dos Eventos (mmaaaa)	Data	6	
5	VALOR_PAGO	Valor Pago	Numérico	16	2

Obs (1): A data de aviso a constar na base de dados deverá ser aquela do reconhecimento contábil;
Obs (2): Os campos 4 - Mês/Ano de Pagamento e 5 - Valor Pago serão obrigatórios no caso da metodologia definida para o cálculo da PEONA se basear na estimativa dos valores dos eventos ocorridos e não pagos;
Obs (3): A totalização dos valores avisados deverá ser feita por Mês/Ano de Ocorrência e Mês/Ano de Aviso. Caso a base de dados inclua os valores pagos, a totalização dos valores avisados e dos valores pagos também deverá observar o Mês/Ano de Pagamento.

II) Formato de base de dados de beneficiários remidos:
Anexo à NTAP para Remissão, deverá ser encaminhada a base de dados em meio digital, contendo a informação do mês de referência dos dados, na formatação .xls, .dbf, .mdb ou .txt, considerando as seguintes informações:

Colunas	Campo	Descrição	Tipo	Tamanho do Campo	Casas Decimais
1	DT_NASC	Data de nascimento do beneficiário em gozo de benefício (remido)	Data	8	
2	DT_ BENEF	Data do Início de gozo do benefício	Data	8	
3	DT_FIM_BENEF	Data do Término do benefício de remissão contratado. Caso vitalício, preencher 01010000	Data	8	
4	DESP_ASS	Valor da Despesa Assistencial por Exposto a ser utilizado no cálculo da Provisão para Remissão do beneficiário.	Numérico	16	2
5	DAT_REF_INFO	Data de Referência das Informações (mmaaaa)	Data	6	
6	SEXO	Informação do sexo do beneficiário (F - feminino, M - masculino)	Caracter	1	

Obs (1): O campo 6 - SEXO deve ser obrigatoriamente preenchido no caso da NTAP definir tábuas biométricas diferenciadas por sexo.
Obs (2): O campo 5 - DAT_REF_INFO deve contemplar o mês a que se refere o cálculo da provisão, quando aplicável.

ANEXO VI
Documentos e dados mínimos exigidos para análise de Nota Técnica Atuarial de Provisão – NTAP

1. Os pedidos de análise e aprovação de metodologia de cálculo de provisão consubstanciadas em NTAP que forem enviados à DIOPE devem ser encaminhados por meio de correspondência assinada por representante legal junto à ANS, em conjunto com os seguintes itens, no mínimo:
- Nota Técnica Atuarial de Provisão assinada por atuário legalmente habilitado, observados os aspectos mínimos constantes do Anexo II;
- Teste de consistência da metodologia, observados os aspectos constantes dos itens 1 a 4 do Anexo III;
- Base de dados utilizada na elaboração e avaliação da metodologia de cálculo da Provisão Técnica submetida à análise, observados os formatos mínimos constantes do Anexo V;
- Relatório Circunstanciado de auditor independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, versando sobre a fidedignidade dos dados utilizados e sua consistência com os demonstrativos contábeis e as informações encaminhadas por meio do DIOPS-XML, observados os aspectos constantes do Anexo IV;
- Memória de cálculo detalhada da provisão, em meio digital, dos três meses mais recentes utilizados na avaliação da metodologia.[1]

ANEXO VII
Regra de transição para Margem de Solvência das Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde – SES

1. Até 31 de dezembro de 2022, a Margem de Solvência para as Seguradoras Especializadas em Saúde que iniciaram suas atividades antes de 22 de dezembro de 2009, poderão observar a seguinte formulação:

MS = MAXIMO ((A+50%% (B-A)); X*B)

MS: Margem de Solvência
A: Margem de Solvência equivalente ao maior montante entre os seguintes valores:
I - 0,20 (zero vírgula vinte) vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de: de 100% (cem por cento) das contraprestações líquidas na modalidade de preço pré-estabelecido, e de 50% (cinquenta por cento) das contraprestações líquidas na modalidade de preço pós-estabelecido; ou
II – 0,33 (zero vírgula trinta e três) vezes a média anual dos últimos sessenta meses da soma de: 100% (cem por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pré-estabelecido e de 50% (cinquenta por cento) dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de preço pós-estabelecido.
B: Margem de Solvência equivalente ao montante calculado conforme art. 6º desta Resolução.
X: Parcela mínima a ser observada apenas para as Seguradoras Especializadas em Saúde, que iniciaram suas atividades antes de 22 de dezembro de 2009. Tal parcela deverá obedecer no mínimo os seguintes valores:
I – Em junho/2014: 39,50%
II – Entre julho/2014 e novembro/2014: deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 0,25% (zero vírgula vinte e cinco por cento).
III - Em dezembro/2014: 41%.
IV - Entre janeiro/2015 e novembro/2022: deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 0,615% (zero vírgula seiscentos e quinze por cento).
V- A partir de dezembro/2022: 100% (cem por cento) (NR) .[2]

[1] O Anexo VI foi acrescido conforme art. 7º da RN nº 246/2011.
[2] O Anexo VII foi alterado conforme art. 3º da RN nº 373/2015.

ANEXO VIII

Parcela mínima da Margem de Solvência a ser observada pelas OPS dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de julho de 2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001

As OPS dos segmentos primário, secundário, próprio e misto que iniciaram suas operações antes de 3 de julho de 2007 e aquelas do segmento terciário que iniciaram suas operações antes de 19 de julho de 2001, devem observar as seguintes parcelas mínimas do valor da Margem de Solvência (MS), calculada nos termos do art. 6º desta Resolução:

I – Até dezembro de 2012: 35% do valor da MS, calculada nos termos do art. 6º desta Resolução;

II – Entre janeiro de 2013 e novembro de 2014: deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 0,25% (zero vírgula vinte e cinco por cento) do valor da MS, calculada nos termos do art. 6º desta Resolução, em adição ao estabelecido no item I acima;

III – Em dezembro de 2014: 41% do valor da MS, calculada nos termos do art. 6º desta Resolução;

IV - Entre janeiro de 2015 e novembro de 2022: deverá ser observada a proporção cumulativa mínima mensal de 0,615% (zero vírgula seiscentos e quinze por cento) do valor da MS, calculada nos termos do art. 6º desta Resolução, em adição ao estabelecido no item III acima; e

V – A partir de dezembro de 2022: 100% do valor da MS, calculada nos termos do art. 6º desta Resolução.[1]

[1] O Anexo VIII foi acrescido conforme art. 3º da RN nº 313/2012

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 218, DE 25 DE MAIO DE 2010[1]

Dispõe sobre o Observatório de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos 1º, 3º, os incisos XXIII, XXIV e XXVII do artigo 4º, os incisos I e II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada no dia 13 de maio de 2010, adotou a seguinte resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre o Observatório de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar - OBSS/ANS.

Parágrafo único. O OBSS/ANS é um órgão da ANS responsável pelo monitoramento do mercado de Saúde Suplementar com vistas a prover conhecimentos referentes ao respectivo setor, que reflitam as necessidades das ações regulatórias da ANS.

Art. 2º São objetivos do OBSS/ANS:

I - prover evidências relevantes e atuais sobre o setor de Saúde Suplementar e o contexto no qual está inserido de modo a identificar tendências permitindo, assim, antecipar as ações regulatórias;

II - possibilitar um processo permanente de intercâmbio de informações, cooperação técnica e divulgação do conhecimento sobre os atores relevantes do setor; e

III - monitorar o impacto das ações regulatórias da ANS.

Art. 3º Para fins desta RN considera-se:

I - linhas de pesquisa: os campos problematizadores que exigem estudos aprofundados;

II - tema: a particularização de um dos aspectos da linha de pesquisa, exteriorizada a partir de um projeto;

III - produtos: os conhecimentos gerados pelo OBSS/ANS, apresentados sob a forma de artigos, publicações periódicas ou textos informativos, técnicos e científicos; e

IV - rede: o conjunto formado pelas Estações Colaboradoras e pelos Cooperadores Técnicos do OBSS/ANS.

Art. 4º Os órgãos do OBSS/ANS e suas respectivas competências, que funcionam de forma coordenada pela Diretoria de Gestão da ANS - DIGES/ANS, são os seguintes:

I - Estação Gestora do OBSS/ANS: desenvolve atividades técnicas e de gerenciamento; e

II - Comitê Permanente do OBSS/ANS: desempenha função de caráter deliberativo e propositivo.

Parágrafo único. O OBSS/ANS poderá, na produção do conhecimento científico e naquilo que for legalmente permitido, ser auxiliado por Estações Colaboradoras, que receberão financiamento específico, ou por Cooperadores Técnicos, que não receberão financiamento específico.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Estação Gestora do OBSS/ANS

Art. 5º A Estação Gestora do OBSS/ANS será composta por servidores da Gerência de Desenvolvimento e Aprimoramento[2] Institucional - GDAI, subordinada a Gerência Geral de Desenvolvimento e Integração Institucional - GGDII, podendo contar com apoio técnico de servidores de outras Diretorias, quando cabível.

[1] Publicada no DOU em 26/05/2010, seção 1, p. 44.

[2] Retificado o nome da Gerência, conforme publicação no DOU de 04/06/2010, seção 1, p. 58.

§1º A Estação Gestora do OBSS/ANS terá por atribuições:
I - exercer a gestão administrativa do OBSS/ANS, oferecendo suporte técnico e logístico para a execução dos serviços e mecanismos para garantir boas condições de trabalho e de relacionamento com a rede;
II - selecionar as instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos de ensino/pesquisa e de caráter científico/cultural, assim como interromper as relações que forem com elas estabelecidas, em conformidade com a legislação pertinente, observados, também, os dispositivos dos instrumentos jurídicos que forem com elas celebrados;
III - gerenciar a rede;
IV - planejar e coordenar a realização dos temas;
V - operacionalizar os temas selecionados para serem desenvolvidos pelo OBSS/ANS, publicizando, posteriormente, os produtos gerados;
VI - avaliar os produtos do OBSS/ANS;
VII - gerenciar a página do OBSS/ANS com a participação das Diretorias diretamente relacionadas ao tema em desenvolvimento;
VIII - manter cooperação técnica com observatórios nacionais e internacionais; e
IX - elaborar o regimento interno do Comitê Permanente do OBSS/ANS.
§2º Qualquer área da ANS, além dos componentes do OBSS/ANS, poderá propor um tema à Estação Gestora do OBSS.
§3º Caso o tema proposto na forma do parágrafo anterior não esteja contemplado em linha de pesquisa aprovada pela Diretoria Colegiada, a Estação Gestora do OBSS deverá provocar o Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento para fins do disposto no inciso II do artigo 3º da Resolução Normativa - RN Nº 165, de 12 de dezembro de 2007.
Art. 6º A Estação Gestora do OBSS/ANS contará com um Coordenador-Geral, indicado pelo Diretor de Gestão da ANS, e um Coordenador-Adjunto.
Parágrafo único. O Coordenador Geral da Estação Gestora do OBSS/ANS, assim como o Coordenador Adjunto do OBSS/ANS, acumulam, respectivamente, as funções de Coordenador Geral do OBSS/ANS e Coordenador Adjunto do OBSS/ANS.
Art. 7º São atribuições do Coordenador Geral do OBSS/ANS:
I - responder pela gestão e pela articulação do OBSS/ANS bem como pela coordenação da Estação Gestora;
II - convocar as reuniões do Comitê Permanente do OBSS/ANS, presidindo-as;
III - planejar e coordenar a execução das ações do OBSS/ANS, assim como apresentar relatórios periódicos de avaliação para apreciação do Comitê Permanente do OBSS/ANS;
IV - responsabilizar-se pela divulgação dos conhecimentos e informações produzidos no âmbito do OBSS/ANS, de acordo com as deliberações do Comitê Permanente do OBSS/ANS;
V - tomar as providências para a substituição dos membros do Comitê Permanente do OBSS/ANS, quando se fizer necessário; e
VI - indicar o Coordenador Adjunto, servidor da DIGES e membro do Comitê Permanente do OBSS/ANS.
Art. 8º São atribuições do Coordenador Adjunto do OBSS/ANS:
I - auxiliar o Coordenador Geral nas atividades por ele desempenhadas;
II - substituir o Coordenador Geral nos seus impedimentos; e
III - secretariar as reuniões do Comitê Permanente do OBSS/ANS.

Seção II
Do Comitê Permanente do OBSS/ANS

Art. 9º O Comitê Permanente do OBSS/ANS é um órgão colegiado, composto por 11 (onze) membros, cabendo a cada Diretoria da ANS a indicação de um titular e um suplente, à exceção da DIGES que indicará 2 (dois) titulares e um suplente, sendo um dos titulares o Coordenador Geral do OBSS/ANS, que atuará como Coordenador do Comitê, e o outro o Coordenador Adjunto, que atuará como secretário do Comitê.
Parágrafo único. Estes membros serão nomeados por meio de Portaria específica.
Art 10. São atribuições do Comitê Permanente do OBSS/ANS:
I - estabelecer os níveis de hierarquia para acesso e inclusão/exclusão de conhecimentos e informações na página do OBSS/ANS;

II - validar os critérios para a seleção das instituições de ensino/pesquisa e de caráter científico/cultural que auxiliarão o OBSS/ANS;
III - definir os temas e aprovar produtos para divulgação interna e externa, mediante aprovação prévia das Diretorias;
IV - indicar servidores que possam colaborar na elaboração e na avaliação dos produtos, em apoio à Estação Gestora do OBSS/ANS;
V - acompanhar e propor medidas visando o constante aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação entre as Estações Colaboradoras e os Cooperadores Técnicos; e
VI - aprovar o seu regimento interno após sua elaboração pela Estação Gestora do OBSS/ANS.

Seção III
Das Estações Colaboradoras e dos Cooperadores Técnicos

Art. 11. As Estações Colaboradoras terão como atribuição a prestação de conhecimentos e informações definidas nos Planos de Trabalho, previamente apreciados e aprovados pela Estação Gestora do OBSS/ANS.
Art. 12. Auxiliarão o OBSS/ANS, na qualidade de Estações Colaboradoras, instituições não lucrativas de ensino/pesquisa e de caráter científico/cultural relevantes para o tema, que manifestarem interesse.
Art. 13. Os Cooperadores Técnicos auxiliarão o OBSS/ANS sugerindo temas e cooperando tecnicamente na formulação dos produtos, entre outras atividades, por demanda da Estação Gestora.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. Para obtenção de informações complementares ou esclarecimentos de quaisquer dúvidas referentes às atividades descritas nesta Resolução e Anexos, deve ser contatada a ANS através de sua Diretoria de Gestão.
Art. 15. O OBSS/ANS não divulgará dados conflitantes com os veiculados através das publicações regulares de informações da ANS.
Art. 16. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO[1] NORMATIVA - RN Nº 223, DE 28 DE JULHO DE 2010[2]

Dispõe sobre o programa de fiscalização pró-ativa e altera o regimento interno da ANS instituído pela Resolução Normativa – RN Nº 197, de 16 de julho de 2009.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos XXIII e XIX do artigo 4º e o inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, os incisos II e III do artigo 9º do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, o inciso II do artigo 6º, a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 16 de junho de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa disciplina o programa de fiscalização pró-ativa - "Programa Olho Vivo" e altera o regimento interno da ANS instituído pela Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009.

Art. 2º O "Programa Olho Vivo" consiste no conjunto de ações de caráter pró-ativo, sistemático e planejado, cujo objetivo é acrescente adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde à legislação que regula o setor de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO II
DOS MÓDULOS DE FISCALIZAÇÃO PRÓ-ATIVA

Art. 3º O conteúdo das operações de fiscalização será dividido em dois módulos:

I - análise econômico-financeira; e

II - análise técnico-assistencial, subdividida em:

a) análise técnico-assistencial médica; e

b) análise técnico-assistencial odontológica.

Art. 4º As análises econômico-financeira e técnico-assistencial, médica ou odontológica, serão efetivadas nas operações de competência da Gerência Geral de Fiscalização - GGFIS.[3]

Art. 5º A análise técnico-assistencial médica será efetivada nas operações de competência dos Núcleos da ANS.

CAPÍTULO III
DO PROCEDIMENTO DE FISCALIZAÇÃO PRÓ-ATIVA

Seção I
Do Plano Anual de Fiscalização Pró-Ativa

Art. 6º A Diretoria de Fiscalização elaborará Plano Anual de Fiscalização Pró-Ativa, definindo as operadoras de planos de saúde a serem fiscalizadas e o cronograma de trabalho a ser cumprido durante o período de 12 (doze) meses.

Art. 7º O Plano Anual de Fiscalização Pró-Ativa será executado pelos Núcleos da ANS e pela GGFIS, sob a coordenação desta.[4]

---

[1] Retificado o tipo da norma, conforme publicação no DOU em 30/07/2010, seção 1, p. 74.

[2] Publicada no DOU em 29/07/2010, seção 1, p. 32 e 33.

[3] O art. 4º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.

[4] O art. 7º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.

Art. 8º A GGFIS realizará operações de fiscalização em operadoras de planos de saúde que reúnam o maior número de vínculos de beneficiários do setor, consideradas todas as segmentações de produtos, bem como suas combinações.[1]

Art. 9º Os Núcleos da ANS realizarão operações de fiscalização nas operadoras de planos de saúde com maior número de vínculos de beneficiários de produtos médico-hospitalares em cada mercado relevante.

§1º Para fins de definição da amostra de operadoras a serem fiscalizadas pelos Núcleos da ANS, se consideram mercados relevantes aqueles mapeados a partir da metodologia indicada no estudo realizado pelo CEDEPLAR/UFMG, resultante da pesquisa financiada pela ANS em decorrência do Edital nº 46/2007/CNPQ /ANS, ou outra que venha a ser adotada e aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS.

§2º A distribuição das operações entre os Núcleos da ANS será definida em função do número de fiscais disponível e do volume de trabalho verificado em cada Núcleo da ANS.

Art. 10. As operadoras objeto das operações da GGFIS serão excluídas da seleção de operadoras a serem objeto de operações dos Núcleos da ANS.[2]

Art. 11. As operadoras selecionadas no Plano Anual de Fiscalização Pró-Ativa serão excluídas das seleções dos dois planos anuais de fiscalização pró-ativa imediatamente subseqüentes, salvo motivo relevante devidamente justificado, a critério da Diretoria de Fiscalização.

Art. 12. A inclusão ou a não inclusão de operadora de plano de saúde no Plano Anual de Fiscalização Pró-Ativa não obsta a que a operadora seja alvo de outras operações de fiscalização, de visitas técnicas ou de qualquer outra medida de monitoramento ou de fiscalização.

Seção II
Da Definição das Equipes de Fiscalização Pró- Ativa

Art. 13. O Gerente-Geral de Fiscalização e o Chefe de Núcleo, no âmbito de suas respectivas competências, definirão as equipes de fiscalização que atuarão na execução do Plano Anual de Fiscalização Pró-Ativa, estruturando-se cada equipe com, no mínimo, dois fiscais, preferencialmente de formações profissionais complementares.[3]

Parágrafo único. A equipe de fiscalização designada pela GGFIR será composta, no mínimo, de um fiscal encarregado da análise econômico-financeira e de um fiscal encarregado da análise técnico-assistencial.

Art. 14. O Diretor de Fiscalização comunicará à operadora de plano de saúde selecionada sua inclusão no Plano Anual de Fiscalização e a identificação dos fiscais designados para a operação de fiscalização, na forma estabelecida no Anexo I desta Resolução.

Seção III
Dos Procedimentos Preparatórios

Art. 15. Os fiscais designados expedirão ofícios para as operadoras a serem fiscalizadas informando o período de realização da diligência in loco e requisitando os documentos a serem apresentados e as providências a serem adotadas pelas operadoras de planos de saúde selecionadas, observando os modelos estabelecidos nos Anexos II, III e IV desta Resolução.

Art. 16. Os fiscais designados procederão ao levantamento de informações sobre o mercado selecionado e as operadoras fiscalizadas a partir dos bancos de dados da ANS, de informações requisitadas às operadoras fiscalizadas e de informações colhidas junto a entidades públicas e privadas, seguindo os roteiros de fiscalização estabelecidos nos Anexos V, VI e VII desta Resolução.

§1º No curso do levantamento de informações, os fiscais designados consultarão, obrigatoriamente, a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos e a Diretoria de Desenvolvimento Setorial acerca das demandas específicas de cada área técnica com relação à operadora fiscalizada, articulando as operações de fiscalização com as rotinas de monitoramento de mercado a cargo de cada diretoria, e buscarão articular as operações de fiscalização com as ações das

[1] O art. 8º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.

[2] O art. 10º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.

[3] O art. 13º *caput* e § único foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.

demais entidades públicas, especialmente com as entidades públicas com as quais a ANS mantenha acordo de cooperação técnica.
§2º Os fiscais designados, bem como seus superiores hierárquicos,poderão, a qualquer tempo, requisitar quaisquer informações,documentos ou providências que se fizerem necessárias para o bom desenvolvimento das operações de fiscalização.
Art. 17. Concluído o levantamento de informações, os fiscais designados procederão à análise de cada mercado selecionado e apresentarão ao Gerente-Geral de Fiscalização ou ao Chefe de Núcleo ao qual estiverem subordinados descrição sucinta da situação da operadora de plano de saúde fiscalizada, servindo tal descrição como a base para a definição da estratégia de atuação a ser adotada,que se amoldará ao perfil de cada operadora.[1]

Seção IV
Da Diligência in Loco

Art. 18. As equipes de fiscalização efetuarão as diligências de fiscalização nas dependências das operadoras de planos de saúde e,sempre que necessário, também nas dependências de seus prestadores de serviços, no período de cinco dias úteis, podendo esse período ser abreviado ou prorrogado conforme a necessidade do serviço.
Art. 19. O plano de trabalho da diligência in loco é estabelecido nos roteiros de fiscalização estabelecidos nos Anexos V,VI e VII desta Resolução, os quais não têm caráter exaustivo da abrangência e profundidade das operações de fiscalização.
Art. 20. Concluída a diligência in loco, lavrar-se-á o respectivo Termo, do qual será dada ciência ao representante legal da operadora ou a pessoa por ele indicada, encaminhando-se toda a documentação arrecadada à GGFIS ou ao Núcleo da ANS.[2]

Seção V
Dos Relatórios Preliminares

Art. 21. Os fiscais designados analisarão a documentação arrecadada e elaborarão relatórios preliminares da situação de cada operadora.
§1º Os relatórios preliminares devem ser concluídos em período não superior a 50 (cinquenta) dias contados da data da expedição do primeiro ofício de requisição de documentos, prorrogáveis por decisão do Diretor de Fiscalização, com posterior comunicação à Diretoria Colegiada, mediante justificativa da GGFIS ou do Núcleo da ANS.[3]
§2º Os relatórios preliminares descreverão as análises efetuadas pelas equipes de fiscalização e conterão a indicação das infrações identificadas, das boas práticas observadas e sempre que possível,das características que permitam avaliar a qualidade da assistência prestada ao consumidor.
§3º Devem ser apontadas em expediente apartado, para circulação interna, eventuais falhas observadas nas normas regulatória se propostas de medidas corretivas.
§4º Os relatórios preliminares podem ser subscritos pelos fiscais designados ou apenas pelo fiscal responsável pela redação do relatório, identificando-se no relatório os fiscais que atuaram na operação de fiscalização.
Art. 22. Concluídos os relatórios preliminares, a operadora de plano de saúde deverá ser intimada do seu conteúdo, pessoalmente ou por via postal, conforme a gravidade da situação encontrada, sendo-lhe franqueado o prazo de 30 (trinta) dias para prestar esclarecimentos,os quais devem ser acompanhados das provas que a operadora entender pertinentes para demonstrar suas alegações.
§1º Pode ser concedida, a critério da GGFIS ou do Núcleo da ANS, dilação do prazo para a apresentação dos esclarecimentos não superior a 20 (vinte) dias, se requerida pela operadora.[4]

---

[1] O art. 17º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.
[2] O art. 20º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.
[3] O art. 21º, §1º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.
[4] O art. 22º, §1º foi alterado, conforme art. 5º da RN nº 292.

§2º Em casos excepcionais, mediante requerimento devidamente justificado pela operadora de plano de saúde, pode ser concedido prazo maior para a prestação de esclarecimentos, a critério do Diretor de Fiscalização, com posterior comunicação à Diretoria Colegiada.

Art. 23. Esgotado o prazo para a apresentação de esclarecimentos,as equipes de fiscalização apreciarão os esclarecimentos prestados, seguindo o procedimento disposto na Resolução Normativa - RN Nº 48, de 19 de setembro de 2003.

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 24. A RN Nº 197, de 2009, passa a vigorar acrescida do inciso XII ao artigo 11-A, do inciso VIII ao artigo 49 e do inciso XVII ao artigo 50:"

Art. 11-A. .....

XII - executar operações de fiscalização pró-ativa, no âmbito de programa específico, observado o disposto no inciso XVII do artigo 50."

"Art. 49. .....

VIII - definir as operadoras a serem fiscalizadas pela GGFIR e pelos Núcleos da ANS."

"Art. 50.....

XVII - coordenar, por meio de programa específico, as operações de fiscalização pró-ativa das operadoras de planos de saúde,zelando pelo cumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, e de suas regulamentações."

Art. 25. O inciso I do artigo 53 da RN Nº 197, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 53.....

I - executar operações de fiscalização pró-ativa, no âmbito de programa específico, observado o disposto no inciso XVII do artigo 50;" (NR)

Art. 26. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Colegiada.

Art. 27. Os Anexos desta Resolução estarão disponíveis para consulta e cópia na página eletrônica www.ans.gov.br.

Art. 28. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 227, DE 19 DE AGOSTO DE 2010[1]

Dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar e altera a Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem as alíneas "b", "d" e "e" do inciso IV e parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso XLII do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, os §§2º e 3º do artigo 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 11 de agosto de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente,determino a sua publicação.

Art. 1º A presente resolução dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, e altera a Resolução Normativa nº 209, de 2009, que fixa os critérios de manutenção de recursos próprios mínimos, dependência operacional e constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar deve ser lastreada por ativos garantidores que atendam aos critérios da Resolução Normativa - RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, e suas alterações posteriores.

§1º Para fins do disposto no *caput* deste artigo, podem ser deduzidos da necessidade de ativos garantidores os depósitos judiciais referentes a eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos.

§2º É opcional a vinculação de ativos garantidores para o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar que tenham sido avisados nos últimos 30 dias, conforme os critérios dispostos na regulamentação específica de normas contábeis do setor vigente.[2]

§2º-A. Para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior é opcional a vinculação de ativos garantidores para o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar que tenham sido avisados nos últimos 60 dias, conforme os critérios dispostos na regulamentação específica de normas contábeis do setor vigente.[3]

§3º O disposto no *caput* não se aplica aos débitos referentes ao ressarcimento ao SUS a partir da 3ª parcela a vencer de parcelamento já aprovado pela ANS.[4]

§4º A operadora participante do programa de conformidade regulatória deverá observar os critérios de lastro e vinculação de ativos garantidores estabelecidos na regulamentação específica vigente.[5]

§ 5º A necessidade de constituição de lastro por ativos garantidores prevista no caput no que concerne aos débitos do ressarcimento ao SUS dos Avisos de Beneficiários Identificados - ABI notificados e ainda sem a emissão das respectivas Guias de Recolhimento da União - GRU pela ANS, se aplica conforme a seguinte fórmula:

% hc x ABI notificados e ainda sem a emissão das respectivas Guias de Recolhimento da União x (1- Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS) onde:

a) o percentual histórico de cobrança (% hc) será calculado conforme previsto no § 1º do art. 2º da Instrução Normativa Conjunta nº 5, de 30 de setembro de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES; e

b) o Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS será apurado conforme previsto no art. 3º-A, da Resolução Normativa nº 278, de 17 de novembro de 2011.[1]

---

[1] Publicada no DOU em 20/08/2010, seção 1, p. 63 e 64.

[2] O §2º do art. 2º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 329/2012

[3] O §2º-A do art. 2º foi alterado, conforme art. 2ºda RN nº 329/2012.

[4] O §3º do art. 2º foi alterado, conforme art. 2ºda RN nº 329/2012.

[5] O §4º do art. 2º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 329/2012.

Art. 3º As operadoras ficam obrigadas a manter, à disposição da ANS, registros auxiliares, mensais, que contenham, por credor, a data de aviso e o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar pelo prazo de 5 anos.

Art. 4º As operadoras deverão encaminhar, por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras - DIOPS, a composição do saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar entre eventos/sinistros avisados nos últimos 30 dias e os eventos/sinistros avisados a mais de 30 dias.

Parágrafo único. As operadoras com até 100.000 (cem mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, deverão encaminhar, por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras - DIOPS, a composição do saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar entre eventos/sinistros avisados nos últimos 60 (sessenta) dias e os eventos/sinistros avisados há mais de 60 (sessenta) dias.[2]

Art. 5º As informações previstas nos artigos 3º e 4º deverão ser objeto de Relatório de Procedimento Pré Acordado emitido por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, nos termos de Instrução Normativa a ser emitida pela DIOPE até 30 de outubro de 2010.[3]

Art. 6º Art. 6º As operadoras poderão lastrear as provisões técnicas referidas no artigo 9º da RN Nº 209, de 2009, com imóveis assistenciais até o limite de 20% dos ativos garantidores, sendo admitido, neste limite, o lastro de até 8% em imóveis operacionais, observadas as definições de imóvel assistencial e de imóvel operacional estabelecidas nos incisos XV e XVI do art. 2º da RN Nº 159, de 2007.[4]

Parágrafo único. Caso a utilização dos imóveis como ativos garantidores das provisões técnicas gere excesso de ativos garantidores vinculados, a operadora só fará jus à liberação desse excesso se for constatado pela DIOPE, no momento da liberação, que:

a) há suficiência de constituição e lastreamento de ativos garantidores da operadora; e

b) a operadora atende integralmente as regras sobre a margem de solvência, de que tratam os artigos 6º e 7º da RN Nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou outra norma que venha a substitui-la.

Art. 6º-A As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil, apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, ficam dispensadas do cumprimento do disposto no §2º e §2º-A do artigo 2º, bem como dos artigos 3º, 4º e 5º desta Resolução.[5]

Art. 7º A DIOPE fica autorizada a editar os atos normativos que julgar necessários ao fiel cumprimento desta Resolução.

Art. 8º O *caput* do artigo 1º, da RN Nº 209, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde - OPS." (NR)

Art. 9º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente os artigos 20 e 21 da RN Nº 209, de 2009.

Art. 10. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 1º de janeiro de 2011.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O §5º do art. 2º-A foi incluído conforme art. 1º da RN nº 375/2015.

[2] O parágrafo único do art. 4º foi acrescido, conforme art. 10 da RN nº 274/2011.

[3] Vide IN/DIOPE nº 45/2010.

[4] O art. 6º foi alterado, conforme art. 10 da RN nº 274/2011.

[5] O art. 6º-A foi alterado conforme art. 2º da RN nº 329/2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 242, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2010[1]

Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso VIII do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, os artigos 32, 33 e 35 do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 1 de dezembro de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas.
Art. 2º São objetivos das consultas e audiências públicas e câmaras técnicas no âmbito do sistema de saúde suplementar:
I - recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS e edição de atos normativos;
II - propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições;
III - identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática;
IV - dar maior legitimidade aos atos normativos e decisórios emitidos pela ANS; e
V - dar publicidade à ação da ANS.
Art. 3º As sugestões e contribuições recolhidas durante as consultas e audiências públicas e câmaras técnicas são de caráter consultivo e não vinculante para a ANS.

CAPÍTULO II
DAS CONSULTAS PÚBLICAS

Art. 4º Por deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, as propostas de atos normativos poderão ser submetidas à consulta pública.
Art. 5º A consulta pública será formalizada por meio de publicação no Diário Oficial da União - D.O.U. e divulgada no sítio da ANS na internet.
§1º A publicação de que trata o *caput* deverá conter:
I - o período de recebimento de sugestões e contribuições;
II - a forma do encaminhamento das sugestões e contribuições; e
III - a indicação do link no sítio da ANS na internet onde se encontra a minuta objeto da consulta pública e os demais documentos importantes para a sua apreciação.
§2º O período de consulta pública terá início 07 (sete) dias após a publicação de que trata o *caput* e terá duração de, no mínimo, de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado a critério da Diretoria Colegiada da ANS.
Art. 6º Durante a consulta pública, ficarão disponíveis no sítio da ANS na internet:
I - a exposição de motivos do ato normativo que se pretende editar;
II - a proposta do ato normativo; e
III - o formulário de sugestões e contribuições.
Art. 7º A participação da sociedade civil e dos agentes regulados nas consultas públicas far-se-á, preferencialmente, por meio eletrônico mediante o preenchimento do formulário de sugestões e contribuições.

[1] Publicada no DOU em 08/12/2010, seção 1, p. 47.

Parágrafo único. As sugestões e contribuições também poderão ser encaminhadas à ANS por via postal para o endereço indicado na publicação da consulta pública.

Art. 8º Concluído o prazo para o encaminhamento das sugestões e contribuições, a área técnica responsável pela condução do processo de elaboração do ato normativo deverá divulgar no sitio da ANS na internet um Relatório da Consulta Pública - RCP, que deverá conter, no mínimo:

I - o número de sugestões e contribuições recebidas no total;

II - dados estatísticos sobre as sugestões e contribuições;

III - a consolidação das principais sugestões e contribuições;

IV - a manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições; e

V - a identificação das sugestões e contribuições incorporadas à proposta do ato normativo.

CAPÍTULO III
DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Art. 9º Por deliberação da Diretoria Colegiada, o processo decisório da ANS em matérias relevantes para o setor poderá ser precedido de realização de audiência pública para ouvir e colher subsídios da sociedade civil e dos agentes regulados.

Art. 10. A elaboração de anteprojeto de lei no âmbito da ANS também será precedida de audiência pública após a realização de prévia consulta à Casa Civil da Presidência da República.

Art. 11. A convocação da audiência pública será formalizada por meio de publicação no D.O.U. e divulgada no sítio da ANS na internet.

Art. 12. A publicação de que trata o artigo 11 deverá conter:

I - a data e local da realização da audiência pública;

II - a matéria objeto da audiência pública;

III - o endereço eletrônico para requerimento dos interessados em participar da audiência pública; e

IV - a indicação do link no sítio da ANS na internet onde será divulgada a audiência pública.

Parágrafo único. No momento da inscrição, o interessado deverá apresentar os pontos a defender e indicar, quando for o caso, sua representatividade.

Art. 13. Na hipótese de ocorrência de grande número de requerimentos de inscrição, e objetivando garantir a participação igualitária dos interessados, a ANS poderá ampliar os dias de realização da audiência pública.

Art. 14. Quaisquer documentos referentes à audiência pública poderão ser encaminhados para o endereço eletrônico fornecido pela ANS.

Art. 15. Quando a audiência pública for realizada em ambiente virtual, qualquer interessado poderá ter acesso à sua transmissão pela internet, sem limite de vagas e independente de prévia inscrição.

Art. 16. Após a realização de todas as etapas da audiência pública, a área técnica responsável pela condução do processo deverá divulgar no sitio da ANS na internet um Relatório da Audiência Pública - RAP, que deverá conter, no mínimo:

I - a ata da audiência pública e seus respectivos anexos;

II - a consolidação das principais sugestões e contribuições dos participantes;

III - dados estatísticos relativos à participação na audiência pública;

IV - a manifestação motivada sobre o acatamento ou a rejeição das principais sugestões e contribuições; e

V - a identificação das sugestões e contribuições incorporadas ao processo decisório da ANS.

CAPÍTULO IV
DAS CÂMARAS TÉCNICAS

Art. 17. Por deliberação da Diretoria Colegiada, o processo decisório da ANS em matérias relevantes para o setor poderá ser precedido de realização de câmara técnica para ouvir e colher subsídios de determinados órgãos, entidades, pessoas naturais ou jurídicas, previamente convidados.

Art. 18. A câmara técnica será formalizada mediante a expedição de ofício aos convidados, que deverá conter no mínimo:

I - a data e local da realização da câmara técnica; e

II - a matéria objeto da câmara técnica;

Art. 19. Aplicam-se ao funcionamento das câmaras técnicas, no que couber, os procedimentos previstos no Capítulo II e III desta resolução.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. O funcionamento das audiências públicas e das câmaras técnicas será definido em Regimento Interno específico elaborado e editado pela Diretoria da ANS competente para decidir sobre a matéria objeto de discussão.
Art. 21. Os trabalhos das consultas e audiências públicas e das câmaras técnicas serão registrados e juntados aos autos do processo respectivo.
Art. 22. Quando houver material técnico, documentos ou estudos referentes à matéria objeto das consultas e audiências públicas e câmaras técnicas, a ANS os disponibilizará aos participantes.
Art. 23. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 246, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2011[1]

Altera a Resolução Normativa - RN Nº 209, de 22 de dezembro de 2009.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe as alíneas "b", "d" e "e" do inciso IV e parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso XLII do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o §2º do artigo 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 julho de 2009, em reunião realizada em 3 de fevereiro de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN altera a Resolução Normativa - RN Nº 209, de 22 de dezembro de 2009.
Art. 2º O §6º do artigo 6º da RN Nº 209, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 6º.....
§6º As Seguradoras Especializadas em Saúde - SES que iniciaram suas atividades antes da publicação desta resolução, deverão observar integral e mensalmente as regras de margem de solvência, podendo até o prazo máximo de 31 de dezembro de 2017, obedecer a escala de transição disposta no Anexo VII para apuração da margem de solvência exigida." (NR)
Art. 3º O §1º do artigo 10 da RN Nº 209, de 2009, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:
"Art. 10.....
V - encaminharem, no mínimo, as informações constantes do Anexo VI da presente resolução."
Art. 4º O artigo 10 da RN Nº 209, de 2009, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:
"Art. 10.....
§4º Os pedidos de análise e aprovação de metodologia de cálculo de provisão consubstanciadas em NTAP que forem enviados à DIOPE que não satisfaçam aos requisitos mínimos constantes do §1º e seus incisos, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à operadora solicitante."
Art. 5º O parágrafo único do artigo 13 da RN Nº 209, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 13.....
Parágrafo único. A ANS poderá solicitar a qualquer tempo a base de dados de que trata o *caput* deste artigo, bem como exigir relatório circunstanciado, versando sobre a sua fidedignidade e consistência, nos mesmos termos previstos no artigo 11 desta resolução." (NR)
Art. 6º O artigo 25 da RN Nº 209, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 25. Os Anexos I a VII constituem parte integrante desta Resolução." (NR)
Art. 7º Os Anexos VI e VII acrescentados por esta resolução estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet: http://www.ans.gov.br, na data de publicação desta RN.
Art. 8º Esta resolução se aplica às demonstrações contábeis referentes ao exercício de 2010 e subsequentes.
Art. 9º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 28/02/2011, seção 1, p. 72.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 252, DE 28 DE ABRIL DE 2011[1]

Dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, alterando as Resoluções Normativas nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e nº 124, de 30 de março de 2006, e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º, 3º, incisos XXIV, XXVIII e XXXII do artigo 4º e inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86, ambos da RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada no dia 27 de abril de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O artigo 1º; os incisos III, V, VI e VII do artigo 2º; o *caput*, a alínea "b" do inciso II e o §2º do artigo 3º; o *caput* do artigo 6º; os incisos I e II do artigo 8º; e o artigo 14 da Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009; e os incisos dos itens 4 e 5 e o item 6 do seu anexo, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a portabilidade de carências e sobre a portabilidade especial de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde."

Art. 2º .....

III - carência: é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998, nos termos desta Resolução;

.....

V - tipo: é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

VI - tipo compatível: é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial e faixa de preço, nos termos desta Resolução;

VII - portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária; e" (NR)

"Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

.....

II -

.....

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem.

.....

§2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subseqüente, ressalvado o disposto no §4º do artigo 8º desta Resolução." (NR)

"Art. 6º A portabilidade de carências pode ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar.

....." (NR)

"Art. 8º.....

[1] Publicada no DOU em 29/04/2011, seção 1, p. 90 e 91.

I - cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou declaração da pessoa jurídica contratante comprovando o adimplemento do beneficiário nos três últimos vencimentos quando for o caso, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento a este requisito;
II - comprovante de atendimento ao requisito previsto no inciso II do artigo 3º;" (NR)
"Art. 14. A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos -DIPRO- disporá por Instrução Normativa acerca dos tipos compatíveis para fins de portabilidade de carências, classificando os planos de acordo com a segmentação assistencial, o tipo de contratação e a faixa de preços prevista no inciso IV do artigo 3º.
....." (NR)
"ANEXO".
4.
.....
I - sem internação;
II - internação sem obstetrícia; e
III - internação com obstetrícia." (NR)
"5.
.....
I - do tipo sem internação para o tipo sem internação;
II - do tipo internação sem obstetrícia para os tipos sem internação e internação sem obstetrícia; e
III - do tipo internação com obstetrícia para os tipos sem internação, internação sem obstetrícia e internação com obstetrícia." (NR)
"6. A compatibilidade de tipos independe da abrangência geográfica." (NR)
Art. 2º Os artigos 62-A ao 62-F da RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 62-A. Impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências:
....." (NR)
"Art. 62-B. Condicionar o exercício do direito da portabilidade de carências ou da portabilidade especial de carências à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação familiar ou coletivo por adesão:
....." (NR)
"Art. 62-C. Exigir indevidamente ou tentar impor carências ou cobertura parcial temporária a beneficiário que faz jus à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências:
....." (NR)
"Art. 62-D. Cobrar valores superiores às condições normais de venda para os beneficiários que utilizarem a regra de portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências:
....." (NR)
"Art. 62-E. Cobrar custas adicionais em virtude do exercício do direito à portabilidade de carências ou à portabilidade especial de carências:
....." (NR)
"Art. 62-F. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação para portabilidade de carências ou portabilidade especial de carências, não enquadradas nos artigos anteriores:
....." (NR)
Art. 3º Os artigos 2º, 3º, 7º e 8º da RN Nº 186, de 2009, passam a vigorar acrescidos dos seguintes dispositivos:
"Art. 2º.....
"VIII - portabilidade especial de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais tratadas no Capítulo II - A desta Resolução, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem."
"Art. 3º.....
.....
§3º A operadora do plano de origem deve comunicar a todos os beneficiários tratados no *caput* a data inicial e final do período estabelecido no parágrafo 2º deste artigo, no mês anterior ao referido período, por qualquer meio que assegure a sua ciência.

§4º O requisito previsto na alínea "a" do inciso II deste artigo não será exigível do beneficiário que for inscrito no plano de origem na forma da alínea "b" do inciso III do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 1998."
"Art. 7º .....
.....
IV - prazo, estabelecido em Resolução Operacional, para exercício da portabilidade especial de carências pelos seus beneficiários;
V - Direção Fiscal; ou
VI - Direção Técnica."
"Art. 8º .....
.....
III - comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos do art. 9º da RN Nº 195, de 2009, caso o plano de destino seja coletivo por adesão; e
IV - outros documentos estabelecidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.
§1º Caso a operadora do plano de destino não disponibilize a proposta de adesão solicitada pelo beneficiário, este pode fazer o pedido de portabilidade por telefone, ocasião em que deve especificar o número do registro do produto escolhido, devendo ser informado pela operadora o número do protocolo do atendimento e o local para entrega da documentação prevista nos incisos deste artigo, que deve funcionar em horário comercial segundo os costumes do local.
§2º O recebimento pela operadora do plano de destino da documentação tratada no §1º deste artigo substitui a proposta de adesão para todos os fins de direito, inclusive, para o início do prazo estabelecido no artigo 9º desta Resolução.
§3º O beneficiário que não conseguir identificar o plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode, no período previsto no §2º do artigo 3º desta Resolução, protocolizar solicitação na ANS, que deve estar instruída com documentação estabelecida em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.
§4º Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do aplicativo da ANS, como nos do §3º deste artigo, o beneficiário terá os seguintes prazos, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos:
I - quando a solicitação prevista no §3º deste artigo for protocolada na ANS até o primeiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 120 (cento e vinte) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS; e
II - quando a solicitação prevista no §3º deste artigo for protocolada na ANS no segundo ou no terceiro mês posterior ao do aniversário do contrato: 60 (sessenta) dias contados da expedição do ofício de resposta da ANS.
§5º Na hipótese do §3º deste artigo nos casos em que ficar constatado que o plano de origem constava das bases de dados do aplicativo da ANS, o beneficiário terá prazo de 30 (trinta) dias, contado da expedição do ofício de resposta da ANS, para exercício do direito à portabilidade de carências, desde que observados os seus requisitos.
§6º O pedido de portabilidade com a entrega do ofício tratado no §4º deste artigo deve ser aceito pela operadora do plano de destino, seguindo-se com os trâmites previstos nos artigos 9º e seguintes desta Resolução, e substitui para todos os efeitos a apresentação do relatório do Guia da ANS, disposto em Instrução Normativa."
Art. 4º A RN Nº 186, de 2009, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:
"CAPÍTULO II - A".
DAS REGRAS SOBRE A PORTABILIDADE ESPECIAL DE CARÊNCIAS
"Art. 7º-A. No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, de outra operadora, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:
I - a portabilidade especial de carências pode ser exercida por todos os beneficiários da operadora a ter o seu registro cancelado pela ANS ou a ser decretada a sua liquidação, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos;

II - o beneficiário que esteja cumprido carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;
III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.
IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.
§1º Não se aplicam à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos I e II e o disposto nos §§2º, 3º e 4º do artigo 3º desta Resolução.
§2º Aplicam-se à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos III, IV e V e o disposto no §1º do artigo 3º desta Resolução.
§3º Na portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, a comprovação de cumprimento do requisito previsto no inciso I do artigo 3º se dá através da apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período de seis meses estabelecido caso a caso em Resolução Operacional específica;
§4º A partir da publicação da Resolução Operacional de que trata este artigo, a operadora do plano de origem deve enviar comunicado a todos os seus beneficiários, por qualquer meio que assegure a sua ciência, no prazo de 10 (dez) dias, informando a abertura de prazo para exercício da portabilidade especial de carências.
§5º Em caso de desmobilização operacional da operadora, a Diretoria competente para instaurar o regime especial da operadora publicará, em dois dias alternados, aviso de abertura do prazo para exercício da portabilidade especial de carências em jornal impresso de grande circulação na região onde houver o maior número de beneficiários da operadora e na página da ANS na internet.
§6º O termo inicial do prazo para exercício da portabilidade especial de carências tratada nesse artigo é a data da publicação da Resolução Operacional, de que trata o *caput* desse artigo."
Art. 7º-B. Sem prejuízo do disposto no §3º do art. 30 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no §1º do art. 3º, nos §§1º e 2º do art. 5º e nos §§1º e 2º do art. 9º, todos da RN Nº 195, de 2009, em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:[1]
I - a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo pode ser exercida independentemente do tipo de contratação do plano de origem e da data de assinatura dos contratos;
II - o beneficiário que esteja cumprido carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;
III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino;
IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.
§1º Não se aplica à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo o requisito previsto no inciso II e o disposto no §2º do artigo 3º desta Resolução.
§2º Aplicam-se à portabilidade especial de carências tratada nesse artigo os requisitos previstos nos incisos I, III, IV e V do artigo 3º desta Resolução."

[1] O art. 4º foi retificado, especificamente o *caput* do art. 7º-B da RN nº 186/2010, conforme publicação no DOU em 05/05/2011, seção 1, p. 49.

Art. 5º O parágrafo 2º do artigo 6º-B e o item 5 do Glossário da Planilha Entrada do Anexo III todos da Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 6º-B. .....
.....
§2º Apenas um arquivo contendo os Anexos II-A e II-B desta Resolução deve ser encaminhado no registro do plano e a cada atualização." (NR)
"Anexo III
5. Municípios de Comercialização do Plano
É o grupo de municípios, selecionado pela operadora, onde o plano será comercializado de acordo com o preço definido na Nota Técnica de Registro de Produto.
- Selecionar municípios." (NR)
Art. 6º A operadora deve realizar, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta Resolução, a atualização da Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, nos moldes da nova versão da planilha eletrônica Excel, que estará disponível na página da ANS na internet, nos casos em que:
I - o plano possua NTRP com preço regionalizado; e
II - os Municípios de Comercialização do Plano informados na NTRP não estejam contidos na Área de Atuação do plano informada no RPS.
§1º Os Municípios de Comercialização do Plano informados nas NTRP's e suas atualizações devem estar contidos na Área de Atuação do plano informada no RPS.
§2º Caso não seja realizada a atualização da NTRP prevista no *caput*, o plano terá sua comercialização suspensa.
Art. 7º Ficam revogados o item 2 e seus incisos; e os incisos IV ao IX dos itens 4 e 5 do Anexo à Resolução Normativa - RN Nº 186, de 14 de janeiro de 2009.
Art. 8º Ficam revogados os parágrafos 2º e 3º do artigo 5º; e o subitem 5.1 do Glossário da Planilha Entrada do Anexo III da Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000.
Art. 9º Esta Resolução entra em vigor 90 (noventa) dias após a sua publicação.
§1º Os artigos 5º, 6º e 8º entram em vigor na data da sua publicação.
§2º Para fins do exercício da portabilidade de carência, conforme definido no inciso VII do art. 2º da RN Nº 186, de 14 de janeiro de 2009, se aplica aos contratos com mês de aniversário igual ou posterior ao prazo estipulado no *caput*.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 254, DE 5 DE MAIO DE 2011[1]

Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.[2]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, os incisos II, XXIV, XLI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando o disposto no artigo 35 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, em conformidade com o inciso III do artigo 6º cumulado com a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 05 de maio de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a adaptação e migração de contratos ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução, considera-se:

I - adaptação: aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrado até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998;

II - migração: celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, no âmbito da mesma operadora, referentes a produtos com registro em situação "ativo", concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato, anterior a 1º de janeiro de 1999;

III - responsável pelo contrato:

a) no plano individual ou familiar:

1. o titular;

2. o beneficiário que assume as obrigações financeiras do contrato, em caso de extinção do vínculo do titular; ou

3. a pessoa que representa ou assiste o titular incapaz na contratação do plano.

b) nos planos coletivos:

1. a pessoa jurídica que celebrou o contrato;

2. o conveniente/patrocinador, no caso de planos de autogestões com a participação de patrocinador; ou

3. o conselho deliberativo previsto no estatuto, nos demais planos operados por autogestão.

IV - contrato de origem: cláusulas contratuais ou do regulamento do plano vigentes no momento da adaptação ou da migração;

V - ajuste da adaptação: é o percentual que representa o aumento da contraprestação pecuniária em decorrência da adaptação;

VI - tipo: é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo da RN Nº 186, de 2009; e

VII - tipo compatível: é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da migração para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação e faixa de preço, nos termos desta Resolução.

[1] Publicada no DOU em 06/05/2011, seção 1, p. 45 a 47.

[2] Vide também IN/DIPRO nº 41/2012.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Adaptação

Art. 3º É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999 o direito a adaptar o seu contrato ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998, no mesmo tipo de contratação e segmentação, sem que haja nova contagem de carências.
§1º Quando solicitado pelo responsável pelo contrato, é obrigatório o oferecimento da proposta de adaptação pela operadora em até 5 (cinco) dias úteis.
§2º O aditivo contratual deverá entrar em vigor no ato da sua celebração.
§3º Na hipótese do §1º deste artigo, caso a operadora possua planos de saúde com registro de produto em situação "ativo", deve também oferecer uma proposta de migração, observado o disposto nas seções II e III deste capítulo.
§4º Devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano.
Art. 4º Em plano de contratação individual ou familiar, a proposta de adaptação deve incluir todos os beneficiários do contrato, e o exercício do direito previsto no artigo 3º pelo responsável pelo contrato produz efeitos em relação a todos os beneficiários.
Art. 5º Os contratos adaptados ficam sujeitos às disposições da Lei nº 9656, de 1998, inclusive quanto a reajustes e revisões.
Parágrafo único. Devem ser mantidas as cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor, sendo obrigatória a adaptação das cláusulas dissonantes.
Art. 6º Na adaptação de contratos, a cobertura assistencial deve respeitar as exigências mínimas definidas no artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998, e observar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.
Parágrafo único. A ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos e às demais cláusulas que sejam compatíveis com a legislação em vigor, que devem ser mantidas conforme parágrafo único do artigo 5º desta Resolução.
Art. 7º Para atendimento ao disposto no artigo 6º desta Resolução, a ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos deve observar a segmentação do plano privado de assistência à saúde do contrato de origem cadastrada no Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA.
§1º A prova documental apresentada pelo responsável pelo contrato que identifique a segmentação do plano privado de assistência à saúde prevalece sobre as informações cadastradas no SCPA e deve servir de base para o cumprimento das normas pertinentes à ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos.
§2º Na ausência de prova documental e não estando o plano privado de assistência à saúde referido no *caput* cadastrado no SCPA, o responsável pelo contrato terá o direito de exercer a adaptação do contrato na segmentação mais abrangente de plano de saúde oferecido pela operadora.
Art. 8º Quando a adaptação de contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura.
§1º O cálculo do ajuste da adaptação deve constar de Nota Técnica Atuarial de Adaptação, de responsabilidade da operadora, e o percentual resultante deve ser único por plano.
§2º O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente à época da adaptação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento).
§3º A Nota Técnica Atuarial de Adaptação deve conter, no mínimo, o seguinte:
I - critério técnico adotado e definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;
II - demonstração dos cálculos realizados para a definição do percentual de ajuste;
III - descrição do banco de dados utilizado e o período de observação; e
IV - assinatura do atuário, com seu número de identificação profissional reconhecido por órgão oficial governamental.
§4º A Nota Técnica Atuarial de Adaptação deve ficar disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar a sua alteração se:
I - o cálculo do ajuste da adaptação não observar o disposto no *caput*;
II - não for observado o disposto no parágrafo anterior; ou

III - o percentual obtido não estiver devidamente justificado, por qualquer outra razão.
§5º O aumento na contraprestação pecuniária em função da adaptação não configura reajuste para fins do disposto na RN Nº 195, de 2009, na RN Nº 171, de 2008, na IN DIPRO nº 13, de 2006, e nas suas alterações, podendo ser cobrado a partir da entrada em vigor do aditivo contratual.
Art. 9º A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado deve obedecer às regras estabelecidas na RN Nº 63, de 2003, ou em norma que a substitua.
§1º A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato de origem que já estiver em conformidade com a regulamentação vigente não pode ser alterada na adaptação.
§2º Na ausência de previsão de aumento por mudança de faixa etária no contrato de origem, é vedada a qualquer tempo a inclusão de cláusula de reajuste desta natureza.
§3º Os percentuais de variação por mudança de faixa etária devem ser os mesmos para todos os contratos adaptados vinculados ao mesmo plano.
Art. 10. A data do reajuste anual do contrato adaptado deve observar o seguinte:
I - no contrato individual ou familiar, deve ser mantida a data prevista no contrato de origem; e
II - no contrato coletivo, é livre a sua negociação, desde que respeitada a periodicidade mínima de 12 (doze) meses a cada reajuste.
Art. 11. A partir da adaptação do contrato, os reajustes anuais por variação de custos devem ser aplicados nos termos definidos na regulamentação da ANS, sobre o valor da contraprestação pecuniária então em vigor.
Art. 12. A proposta de adaptação de contratos deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas de direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos, e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária, devendo conter as seguintes informações:
I - o valor do ajuste da adaptação e o novo valor da contraprestação pecuniária do plano em moeda corrente;
II - o mês de aniversário do contrato, ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;
III - a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão ampliadas para respeitarem as garantias mínimas definidas na Lei nº 9656, de 1998, e para garantir a cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada, sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem;
IV - a indicação da rede prestadora de serviços, no caso de alteração em relação à do contrato de origem ou sempre que dele não constar, nos termos do artigo 17, da Lei nº 9656, de 1998;
V - as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária - CPT, para os beneficiários cuja CPT esteja prevista no contrato de origem, respeitando o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme previsto no artigo 24 desta Resolução;
VI - as informações acerca do prazo restante para cumprimento de carência para os beneficiários cuja carência esteja prevista no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9656, de 1998;
VII - as novas faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação, observado o disposto no artigo 9º desta Resolução;
VIII - a indicação de submissão do contrato a todas as disposições da Lei nº 9656, de 1998, a partir da vigência do aditivo, inclusive quanto a reajustes e revisões;
IX - a indicação de que está garantida a manutenção das coberturas previstas no contrato de origem;
X - indicação de manutenção das cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor;
XI - a indicação das mudanças feitas nas cláusulas contratuais a partir da adaptação contratual;
XII - nome e código do plano cadastrado no SCPA;
XIII - a indicação da data do início de vigência do aditivo, observado o disposto no §2º do artigo 3º;
XIV - a indicação de outras adequações necessárias à conformidade do contrato de origem à Lei nº 9656, de 1998; e
XV - a ressalva de que uma vez efetivada a adaptação contratual, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 22 desta Resolução.
§1º No aditivo contratual da adaptação, podem ser utilizados os textos dos dispositivos de instrumento jurídico da operadora já aprovados nos aplicativos RPS/ARPS e válidos ou os publicados como Dispositivo de Instrumento Jurídico - DIJ na página da ANS, ambos identificados por seus códigos.

§2º Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

Seção II
Da Migração

Art. 13. É garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, também a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências.
Art. 14. A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato, mediante o requerimento de cada beneficiário.
§1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, com a assunção das obrigações dele decorrentes.
§2º Nos planos coletivos por adesão, a manutenção do vínculo do grupo familiar com o contrato coletivo depende da participação do beneficiário titular no contrato, ressalvada disposição em contrário.
Art. 15. Para o exercício do direito previsto no artigo anterior, é necessário que o plano de destino atenda aos seguintes requisitos:
I - seja do tipo individual ou familiar ou coletivo por adesão;
II - seja compatível com o plano de origem, conforme disposto no Anexo da RN Nº 186, de 2009; e
III - sua faixa de preço seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de migração, na forma prevista no Anexo da RN Nº 186, de 2009.
§1º No caso de o plano de destino ser coletivo por adesão, a migração requer a comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos do artigo 9º da RN Nº 195, de 2009.
§2º O requisito previsto no inciso II deste artigo deve ser comprovado através da apresentação de relatório emitido pelo aplicativo previsto no artigo 18, da IN DIPRO nº 19, de 2009.
§3º As faixas de preço previstas no inciso III deste artigo são aquelas definidas na IN DIPRO nº 19, de 2009.
Art. 16. Quando solicitado pelo beneficiário, é obrigatório o oferecimento imediato pela operadora da proposta de migração de que trata esta Resolução.
§1º Nas propostas de migração devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano.
§2º Nas hipóteses do artigo anterior, fica dispensada do oferecimento de proposta de migração a operadora que não possuir planos de destino que atendam aos requisitos estabelecidos naquele dispositivo.
§3º Na hipótese do parágrafo anterior, caso o solicitante seja o responsável por plano individual ou familiar, a operadora deve oferecer-lhe proposta de adaptação, prevista no artigo 3º desta Resolução.
Art. 17. O beneficiário que não conseguir identificar seu plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação na ANS, que encaminhará a listagem dos planos compatíveis ao solicitante, para que seja apresentada à operadora no momento da escolha do plano de destino.
§1º A solicitação de que trata o *caput* deste artigo deve estar instruída com cópia do contrato ou outro documento que permita a identificação do plano de origem, bem como de comprovante de pagamento do referido plano.
§2º A listagem de que trata o *caput* deste artigo dispensa o beneficiário da apresentação do relatório previsto no §2º do artigo 15.
§3º Caso seja constatada, no procedimento de que trata o *caput* deste artigo, a ausência de cadastramento do plano de origem no Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA, o beneficiário terá o direito de migrar para qualquer plano individual ou familiar ou, atendida a condição estabelecida no §1º do artigo 15 desta Resolução, para plano coletivo por adesão, conforme fará a ANS constar da resposta que encaminhará à sua solicitação.
Art. 18. A proposta de migração deve obedecer às regras vigentes para o preço do plano, observados os limites estabelecidos na RDC nº 28, de 2000.
Parágrafo único. Na hipótese do §2º do artigo 16, a operadora pode oferecer condições especiais em relação ao preço e às carências para aquisição de produtos não enquadrados em tipo compatível, desde

que observado o disposto no *caput*, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo produto.

Art. 19. A proposta de migração deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas dos direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária, devendo conter as seguintes informações:

I - o preço do plano apresentado para a migração, com a informação de que o primeiro reajuste dar-se-á após 12 (doze) meses de vigência do novo contrato;

II - a indicação da data do início de vigência do novo contrato;

III - o mês de aniversário do contrato ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;

IV - o demonstrativo das condições especiais de preço e de carência para as novas coberturas, na hipótese prevista no §2º do artigo 16 desta Resolução, e a comparação destas com as condições normais de venda, se for o caso;

V - as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária - CPT, para os beneficiários cuja CPT esteja prevista no contrato de origem, respeitando o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme previsto no artigo 24 desta Resolução;

VI - as informações acerca do prazo restante para cumprimento de carência para os beneficiários cuja carência esteja prevista no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9656, de 1998;

VII - a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão aquelas definidas na Lei nº 9656, de 1998, garantindo-se as coberturas do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada;

VIII - a indicação detalhada da lista das coberturas e/ou procedimentos previstos no contrato de origem e não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época da migração;

IX - a informação de que coberturas e/ou procedimentos previstos no contrato de origem e não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época da migração não serão cobertos no novo plano, salvo previsão no novo contrato e nas futuras atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

X - as faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação;

XI - o nome e o código, do plano antigo, cadastrado no SCPA;

XII - o nome comercial e o número de registro na ANS dos planos que estão sendo oferecidos na proposta;

XIII - na hipótese do §3º, do artigo 16 desta Resolução, o esclarecimento de que, na opção pelo exercício da adaptação, o aumento de sua contraprestação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento); e

XIV - a ressalva de que uma vez efetivada a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 22 desta Resolução.

§1º Deve acompanhar a proposta de migração um catálogo listando toda a rede prestadora de serviços do novo plano.

§2º Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

Seção III
Das Disposições Comuns à Adaptação e à Migração

Art. 20. Nenhuma adaptação ou migração de contrato pode ocorrer por decisão unilateral da operadora, ficando assegurado aos responsáveis pelos contratos ou beneficiários, que por elas não optarem, a manutenção do contrato de origem.

Art. 21. A operadora deve divulgar de forma ostensiva e habitual que os responsáveis pelos contratos e beneficiários de planos firmados até 1º de janeiro de 1999 têm o direito de usufruir da adaptação e migração, conforme estabelecido nesta Resolução.

Art. 22. Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem.

Art. 23. As regras de carência e de cobertura parcial temporária na adaptação e na migração dos planos coletivos devem observar também as disposições da RN Nº 195, de 2009, ou em norma que a substitua.

Art. 24. A adaptação ou a migração previstas nesta Resolução não permitem a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes - DLP de que cuida a RN Nº 162, de 2007.

§1º Por ocasião da aceitação da proposta de adaptação ou de migração previstas nesta Resolução, as operadoras de planos de saúde não podem solicitar o preenchimento de Declaração de Saúde para fins de declaração de conhecimento prévio de DLP.
§2º O beneficiário que estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, conforme a definição dada pela RN Nº 162, de 2007, deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado ou no novo contrato, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, limitado em 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de ingresso do beneficiário no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quanto para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação ou da migração, relacionados à Doença ou Lesão Preexistente que motivou a CPT.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Ficam revogadas as Resoluções Normativas nº 64, de 22 de dezembro de 2003, nº 70, de 19 de fevereiro de 2004, nº 78, de 25 de junho de 2004, e nº 80, de 1º de setembro de 2004.
§1º As migrações e adaptações realizadas em cumprimento à Resolução Normativa nº 64, de 2003, e suas posteriores alterações continuam produzindo seus regulares efeitos.
§2º Os instrumentos contratuais de adaptação e migração que foram celebrados antes da vigência desta Resolução que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.
Art. 26. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, e que foram aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência, submetem-se integralmente ao regime instituído pela Lei nº 9656, de 1998, possuindo todas as suas garantias.
Parágrafo único. Fica a operadora obrigada, quando da próxima renovação ou em até doze meses a partir do início de vigor desta Resolução, o que ocorrer primeiro, a formalizar todas as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar, nos termos desta Resolução, sendo facultada, na mesma oportunidade, a inclusão de cláusula prevendo a realização dos ajustes considerados necessários na contraprestação pecuniária, conforme previsto no artigo 8º desta Resolução.
Art. 27. Os contratos coletivos vigentes por prazo indeterminado ou que contenham cláusula de recondução tácita e estejam incompatíveis com o disposto na Lei nº 9656, de 1998, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de inclusão de novo cônjuge e filhos do titular.
Art. 28. O artigo 3º da Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:
"Art. 3º.....
III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos."
Art. 29. Os artigos 67, 68 e 81 da Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Negativa de Migração ou Adaptação dos Contratos
Art. 67. Deixar de proceder à migração ou à adaptação dos contratos à Lei nº 9656, de 1998, quando solicitado pelo consumidor, nas hipóteses em que esta seja obrigatória pela legislação em vigor:
Sanção - multa de R$ 50.000,00." (NR)
"Adaptação ou migração dos contratos em Desacordo com a Legislação
Art. 68. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação que disciplina a adaptação ou a migração de contratos, não enquadradas nos artigos anteriores:
Sanção - multa de R$ 40.000,00." (NR)
"Doenças e Lesões Preexistentes
Art. 81. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS referentes à doença e lesão preexistente do consumidor:
Sanção - multa de R$ 40.000,00." (NR)
Art. 30. A Resolução Normativa nº 124, de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:
"Art. 67-A. Impedir, dificultar ou restringir o exercício do direito à adaptação ou à migração de contrato:
Sanção - multa de R$ 50.000,00.

Art. 67-B. Condicionar o exercício individual do direito à migração à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação individual ou familiar e coletivo por adesão:
Sanção - multa de R$ 50.000,00.
Art. 67-C. Deixar de observar, ao elaborar a proposta de adaptação ou de migração, as formalidades devidas (ou obrigatórias) previstas na legislação em vigor:
Sanção - multa de R$ 40.000,00.
Art. 67-D. Alterar indevidamente as cláusulas estabelecidas no contrato de origem, quando da adaptação:
Sanção - multa de R$ 40.000,00.
Art. 67-E. Exigir ou tentar impor, na proposta de migração ou de adaptação, período de carência, em desacordo com a regulamentação de Adaptação e Migração.
Sanção - multa de R$ 40.000,00
Art. 67-F. Deixar de promover, quando exigida pela ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para a definição do ajuste da adaptação.
Sanção - multa de R$ 50.000,00.
Art. 67-G. Promover, em desacordo com os critérios da ANS, a alteração da metodologia de cálculo utilizada para definição do ajuste da adaptação.
Sanção - multa de R$ 50.000,00.
Art. 67-H. Condicionar o exercício do direito à migração ou à adaptação ao pagamento de quaisquer valores adicionais:
Sanção - multa de R$ 50.000,00
Art. 67-I. Deixar de formalizar, nos prazos determinados, as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar dos contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, que tenham sido aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência:
Sanção - multa de R$ 50.000,00"

Art. 31. A Diretoria Colegiada resolverá os casos omissos nesta resolução.

Art. 32. Esta Resolução entra em vigor 90 (noventa) dias após a sua publicação.

Parágrafo único. O artigo 27 desta Resolução entra em vigor a partir do dia 4 de agosto de 2012.[1]

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O parágrafo único do art. 32 foi incluído, conforme art. 1º da RN nº 263/2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 255, DE 18 DE MAIO DE 2011(*)[1]

Dispõe sobre a designação do responsável pelo fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 64, de 10 de abril de 2001.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso IV do artigo 6º e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 5 de maio de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde passa a ser atribuição do Responsável pela Área Técnica de Saúde, designado pela operadora quando da solicitação de autorização de seu funcionamento, de acordo com os itens 1.1 e 1.23 do Anexo I e os itens 1.1 e 1.12 do Anexo IV, todos da RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004.
Art. 2º Os dados do Responsável pela Área Técnica de Saúde, tais como, nome completo, CRM ou CRO e Cadastro de Pessoa Física - CPF, deverão permanecer na operadora de planos privados de assistência à saúde pelo período mínimo de 5 (cinco) anos, contados da data de sua designação.
Art. 3º O Responsável pela Área Técnica de Saúde deverá zelar pela proteção do sigilo das informações assistenciais.
Art. 4º Independentemente das obrigações do responsável pelo fluxo de informações assistenciais, as operadoras de planos privados de assistência à saúde permanecem responsáveis pelo envio das informações à ANS, respondendo pela omissão ou incorreção dos dados.
Art. 5º Fica revogada a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 64, de 10 de abril de 2001; e o item 1.21 do Anexo I e o item 2.3 do Anexo IV, ambos da RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004.
Art. 6º Esta RN entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor - Presidente

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 95, de 19/5/2011, seção 1, págs 84 e 85, com incorreções no original.
[1] Publicada no DOU em 27/05/2011, seção 1, p. 110.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 256, DE 18 DE MAIO DE 2011[1]

Institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os arts. 4º, inciso XLI, alínea "c", e 10, inciso II , todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 24 da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998; os arts. 38 e 86, inciso II, alínea "a", todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 16 de maio de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta resolução institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Das Medidas Implementadas Para Solucionar as Anormalidades Administrativas Graves e do Plano de Recuperação Assistencial

Art. 2º Detectadas anormalidades administrativas graves que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO informará a operadora e lhe concederá prazo de até 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento do ofício de notificação de anormalidade administrativa grave, para apresentar e documentar as medidas implementadas para solucionar as anormalidades apontadas.[2]

Art. 3º Alternativamente ao disposto no art. 2º e no prazo ali referido, a seu exclusivo critério, a operadora poderá apresentar um Plano de Recuperação Assistencial como forma de solucionar as anormalidades apontadas pela DIPRO.

Parágrafo único. A pedido justificado da operadora, o prazo para apresentação do Plano de Recuperação Assistencial poderá ser prorrogado, uma única vez e por igual período, por decisão motivada da DIPRO.

Art. 4º O Plano de Recuperação Assistencial deverá especificar as medidas, projeções, metas e prazos, cujos meios para serem alcançados deverão ser demonstrados com dados factíveis, para o equacionamento das anormalidades administrativas graves detectadas.

§1º O prazo de vigência do Plano de Recuperação Assistencial será de até 180 (cento e oitenta) dias, contado da data da postagem no correio ou do protocolo na ANS, o que ocorrer primeiro, podendo ser prorrogado por igual período a pedido justificado da operadora.

§2º A DIPRO poderá solicitar o fornecimento de quaisquer outros documentos ou esclarecimentos sempre que entender necessários à análise das medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas para solucionar as anormalidades ou do Plano de Recuperação Assistencial apresentado, os quais deverão ser enviados no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento do ofício expedido pela DIPRO.

Art. 5º O Plano de Recuperação Assistencial sujeitar-se-á à análise e manifestação do Diretor da DIPRO, cuja decisão poderá resultar em sua aprovação ou não.

Art. 6º Da decisão fundamentada do Diretor da DIPRO caberá recurso, com efeito devolutivo e suspensivo, à Diretoria Colegiada da ANS - DICOL no prazo de 10 (dez) dias, contado do recebimento da notificação.

§1º O recurso será dirigido ao Diretor da DIPRO que fará o juízo de admissibilidade, bem como em sendo o caso, fará o juízo de retratação.

[1] Publicada no DOU em 19/05/2011, seção 1, p. 85.

[2] Vide IN/DIPRO nº 33/2011.

§2º O recurso será recebido apenas no efeito devolutivo, por decisão motivada do Diretor da DIPRO, quando houver iminente risco à saúde dos beneficiários da operadora.
§3º Sendo admitido o recurso e, tendo ele fundamento na não aprovação do Plano de Recuperação Assistencial, a DICOL poderá conceder, por uma única vez, em caráter excepcional, prazo improrrogável de 15 (quinze) dias para que a operadora reapresente novo plano.
Art. 7º O Diretor da DIPRO deverá considerar o Plano de Recuperação Assistencial aprovado não cumprido sempre que:
I - durante a vigência do Plano de Recuperação Assistencial, ocorrer agravamento das anormalidades administrativas detectadas;
II - durante a vigência do Plano de Recuperação Assistencial, for apurado que as medidas, projeções ou metas fixadas não estão sendo cumpridas pela operadora;
III - ao final da vigência do Plano de Recuperação Assistencial, persistir qualquer das anormalidades administrativas graves detectadas; ou
IV - a operadora não estiver em dia com o envio do Sistema de Informações de Produtos - SIP exigido pela ANS.
Art. 8º A qualquer momento a operadora poderá solicitar o encerramento do Plano de Recuperação Assistencial, caso já aprovado, desde que comprove que as anormalidades administrativas graves detectadas foram sanadas.
Parágrafo único. Se a operadora demonstrar, no prazo mencionado no §1º do artigo 4º, a cessação das anormalidades administrativas graves detectadas, a DIPRO extinguirá o processo administrativo e determinará seu arquivamento.

Seção II
Do Regime Especial de Direção Técnica

Subseção I
Das Hipóteses de Instauração

Art. 9º O regime especial de Direção Técnica poderá ser instaurado quando for detectada a ocorrência de uma ou mais das seguintes anormalidades administrativas graves que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, sem prejuízo de outras que venham a ser identificadas pela ANS:
I - não apresentação de resposta ao ofício de notificação da DIPRO referido no artigo 2º, impertinência das medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas para solucionar as anormalidades, ou falta de comprovação dessas medidas;
II - não apresentação, não aprovação ou não cumprimento de Plano de Recuperação Assistencial;
III - falhas de natureza atuarial, assistencial, estrutural ou operacional que coloquem em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários;
IV- irregularidades ou incompatibilidades detectadas nas informações prestadas a ANS relativas aos custos assistenciais ou aos valores das contraprestações pecuniárias praticados;
V- não cumprimento do Planejamento Assistencial do Produto;
VI - não cumprimento dos tempos máximos de atendimento, conforme definido em ato normativo específico;
VII - uso inadequado da Notificação de Investigação Preliminar - NIP; ou
VIII - significativa e imotivada evasão de beneficiários.

Subseção II
Das Hipóteses de Encerramento

Art. 10. Dentre outras hipóteses, o regime especial de Direção Técnica encerrar-se-á quando:
I - reconhecida pela ANS o afastamento da gravidade das anormalidades administrativas que motivaram a sua instauração;
II - for cancelado pela ANS o registro provisório ou a autorização de funcionamento, mediante o atendimento dos requisitos legais e regulamentares;
III - for decretada a liquidação extrajudicial da operadora;
IV - for transformada em Direção Fiscal; ou
V - for encerrado o seu prazo.

Parágrafo único. Uma vez encerrado o regime especial de Direção Técnica, com o afastamento das anormalidades administrativas graves que motivaram sua instauração, a operadora terá um acompanhamento assistencial pela DIPRO de até 6 (seis) meses, a fim de aferir a regularidade da operadora após a direção técnica.

Seção III
Das Atribuições do Diretor-Técnico

Art. 11. São atribuições do diretor-técnico:
I - propor à ANS, quando for o caso:
a) a manifestação de veto aos atos dos administradores da operadora;
b) o afastamento dos administradores, conselheiros ou empregados que descumprirem quaisquer de suas instruções diretivas - ID;
c) a adoção de providências necessárias para a responsabilização criminal de administradores, conselheiros, empregados ou quaisquer outras pessoas responsáveis por danos causados aos associados, acionistas, cotistas, cooperados, prestadores de serviços de saúde e operadoras congêneres, diante de indícios de conduta manifestamente ilegais;
d) a transformação do regime especial de Direção Técnica no regime especial de Direção Fiscal, caso sejam detectadas anormalidades econômico-financeiras que constituam risco iminente à qualidade e à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários;
e) o encerramento do regime especial de Direção Técnica;
f) a transformação do regime especial de Direção Técnica em liquidação extrajudicial, com a prévia transferência da carteira de beneficiários, caso a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários fique comprovadamente comprometida;
g) a adoção de medidas junto às instituições públicas, privadas ou à rede de prestadores de serviços de saúde;
h) o cancelamento do registro provisório ou da autorização de funcionamento da operadora, desde que atestada a inexistência de beneficiários e de obrigações para com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde;
i) a adoção de outras medidas no âmbito da direção técnica com vistas a sanar as anormalidades detectadas.
II - recomendar à operadora promover a realocação consensual de beneficiários de determinado produto para outro de cobertura similar ou superior, e propor a execução de demais medidas que possam restabelecer a continuidade do atendimento à saúde de seus beneficiários;
III - requisitar informações da operadora;
IV - acompanhar os fatos, propostas ou atos ocorridos na operadora, manifestando-se contrariamente àqueles que não sejam convenientes ao restabelecimento da continuidade ou da qualidade do atendimento à saúde ou que contrariem as determinações da ANS, dando-lhe ciência com a maior brevidade possível a fim de evitar qualquer dano aos beneficiários;
V - notificar os administradores da operadora, para a adoção de providências cabíveis, da ocorrência de quaisquer irregularidades que possam comprometer a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários;
VI - interpelar os administradores da operadora para que prestem esclarecimentos sobre as irregularidades de que trata o inciso anterior;
VII - solicitar a operadora um Programa de Saneamento Assistencial;
VIII - quando necessário, consultar os prestadores de serviços de saúde e beneficiários, objetivando verificar a confiabilidade da prestação de serviços assistenciais pela operadora; e
IX - praticar demais atos determinados pela ANS.

Seção IV
Dos Deveres do Diretor-Técnico

Art. 12. São deveres do diretor-técnico:
I - enviar à DIPRO relatórios de Direção Técnica, sendo o inicial em até 10 (dez) dias, a contar da data da sua posse, e os demais mensalmente, acompanhados dos documentos comprobatórios, quando for o caso;
II - emitir instruções diretivas - ID para as operadoras;
III - manter sigilo das informações da operadora que tiver acesso;

IV - comunicar à ANS a constatação de fatos relevantes relacionados à operadora; e
V - requerer autorização prévia à ANS para efetuar comunicações externas à operadora.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 13. Sempre que entender necessário, a DIPRO poderá realizar visita técnica assistencial na operadora, conforme regulamentação específica.[1]
Art. 14. A ANS poderá cumulativamente decretar a instauração dos regimes especiais de Direção Técnica e Fiscal.
Art. 15. O regime especial de Direção Técnica terá prazo não superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados da data de sua instauração.
Art. 16. Compete à DIPRO instaurar e acompanhar o processo administrativo de Direção Técnica.
Parágrafo único. A prática dos atos de decretação do regime especial de direção técnica deve ser precedida de remessa à Procuradoria Federal na ANS somente quando existir questão jurídica nova, assim considerada dúvida de direito ainda não dirimida em pronunciamentos anteriores do referido órgão de consultoria jurídica.[2]
Art. 17. As rotinas de seleção, nomeação e remuneração de diretor técnico deverão observar o disposto na Resolução Normativa Nº 109, de 24 de agosto de 2005, ou em outra que venha alterá-la ou substituí-la.
Art. 18. O não atendimento do disposto nesta resolução implicará na aplicação das sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação repressiva em vigor.
Art. 19. A DIPRO editará os atos que julgar necessários ao fiel cumprimento desta resolução.
Art. 20. A DICOL poderá, motivadamente, determinar, a qualquer tempo, a suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos, da operadora que apresentar anormalidades administrativas graves.
Art. 21. Ficam revogados o Capítulo II da Resolução Normativa - RN Nº 52, de 2003, mais especificamente os arts. 6º ao 9º e as referências à direção técnica e ao diretor técnico contidas na RN Nº 52, de 14 de novembro de 2003, que não tenham sido revogadas pela RN Nº 230, de 20 de setembro de 2010, que alterou os arts. 31 e 38 da RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, e pela RN Nº 109, de 24 de agosto de 2005.
Parágrafo único. Ficam mantidas as referências à direção técnica e ao diretor técnico, dispostas na alínea "g" do inciso I do art. 3º, no art.10 e nos §§2º, 4º, 5º e 6º do art.13, todos da RN Nº 52, de 2003.
Art. 22. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Vide IN/DIPRO nº 31/2011.
[2] O parágrafo único do art. 16 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 335/2013

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011[1]

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.[2]

§1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:[3]

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência;[4]

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento;

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência á saúde, podendo ser credenciada ou cooperada;

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu §2º.

§2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).[3]

CAPÍTULO II
DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I
Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

[1] Publicada no DOU em 20/06/2011, seção 1, p. 96.

[2] O art. 1º teve sua redação alterada, conforme art. 2º da RN nº 268/2011.

[3] O parágrafo único do art. 1º transformou-se em §1º e §2º, conforme publicação no DOU em 20/10/2011, seção 1, p. 45. Vide também IN/DIPRO nº 37/2011.

[4] O inciso II do art. 1º teve sua redação alterada, conforme publicação no DOU em 20/10/2011, seção 1, p. 45.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:
I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
II - consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
IV - consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
V - consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
VIII - consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
IX - serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
X - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
XI - procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
XII - atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
XIV - urgência e emergência: imediato.
§1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.
§2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.
§3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.
§4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.
§5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

Seção II
Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto[1]

Subseção I
Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:[2]
I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou
II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.
§1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.
§2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.
§3º O disposto no *caput* e nos §§1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

[1] O nome da Seção II e das Subseções I e II do Capítulo II tiveram sua redação alterada, conforme art. 2º da RN nº 268/2011.
[2] O art. 4º teve sua redação alterada, conforme art. 2º da RN nº 268/2011.

Subseção II
Da Inexistência de Prestador no Município[1]

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:[1]
I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou
II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.
§1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.
§2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.
Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.[2]
Parágrafo único. O disposto no *caput* dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Seção III
Das Disposições Comuns[3]

Subseção I
Do Transporte

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.
Art. 7-A. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.[4]
Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.
Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no *caput* se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Subseção II
Do Reembolso

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.[5]
§1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.
§2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no *caput* deste artigo.

[1] O art. 5º teve sua redação alterada, conforme art. 2º da RN nº 268/2011 e o parágrafo único do art. 5º foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 268/2011.
[2] O art. 6º teve sua redação alterada, conforme art. 2º da RN nº 268/2011.
[3] A Subseção III do Capítulo II passou a se denominar Seção III e teve duas Subseções, conforme art. 3º da RN nº 268/2011.
[4] O art. 7º-A foi incluído, conforme art. 3º da RN nº 268/2011.
[5] O art. 9º teve sua redação alterada pelo art. 2º da RN nº 268/2011, e o parágrafo único foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 268/2011.

§3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.
§4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.
Art. 10-A. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor.[1]
Art. 11. Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.
Art. 12. O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.
Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas:[2]
I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN Nº 256, de 18 de maio de 2011.
§1º Na hipótese de adoção da medida prevista no inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no §2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.
§2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 12 da presente resolução.
§3º Durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso, tais como:[3]
I - Segmentação assistencial;
II - Área Geográfica de Abrangência; e
III - Área de Atuação do Produto.
Art. 13. O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7º-A, ambos da Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 2º .....
I - .....
II - .....
III - O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7º-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.
Parágrafo único. ....." (NR)
"Art. 7º-A. .....
Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa específica editada pela ANS." (NR)
Art. 14. O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

---

[1] Os arts. 10-A e 12-A foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 268/2011.
[2] Vide IN/DIPRO nº 42/2013.
[3] O § 3º do art. 12-A foi incluído, conforme art. 2º da RN nº 334/2013

Art. 15. Ficam revogados os §§1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.
Art. 16. Esta RN entra em vigor no dia 19 de dezembro de 2011.[1]

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

ANEXO
"ANEXO V"
PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL DO PRODUTO

	Parâmetro		
	Procedimentos e Serviços	**Prazo para atendimento**	**Ajuste de rede**
1.	Consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia)	Em até 7 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
2.	Consulta nas demais especialidades médicas	Em até 14 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
3.	Consulta/Sessão com Fonoaudiólogo	Em até 10 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
4.	Consulta/Sessão com Nutricionista	Em até 10 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
5.	Consulta/Sessão com Psicólogo	Em até 10 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
6.	Consulta/Sessão com Terapeuta ocupacional	Em até 10 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
7.	Consulta/Sessão com Fisioterapeuta	Em até 10 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
8.	Consulta e Procedimentos realizados com consultório/clínica com cirurgião-dentista	Em até 7 dias úteis	___ profissional(is) / 1000 benef.
9.	Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	Em até 3 dias úteis	___ serviço(s) / 1000 benef.
10.	Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	Em até 10 dias úteis	___ serviço(s) / 1000 benef.
11.	Procedimentos de alta complexidade (PAC)	Em até 21 dias úteis	___ serviço(s) / 1000 benef.
12.	Atendimento em regime de hospital-dia	Em até 10 dias úteis	___ leito(s) / 1000 benef.
13.	Atendimento em regime de internação eletiva	Em até 21 dias úteis	___ leito(s) / 1000 benef.
14.	Urgência e Emergência	Imediato	___ serviço(s) / 1000 benef.

Instruções:
Plano com cobertura assistencial ambulatorial: informação obrigatória dos itens 1 a 7; 9 a 11; e 14;
Plano com cobertura assistencial hospitalar: informação obrigatória dos itens 12 a 14;
Plano com cobertura assistencial odontológica: informação obrigatória dos itens 8 a 10; e 14;
Plano-Referência: informação obrigatória dos itens 1 a 7; e 9 a 14.
Procedimentos de Alta Complexidade (PAC): aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente.

[1] O art. 16 teve sua redação alterada, conforme art. 2º da RN nº 268/2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 264, DE 19 DE AGOSTO DE 2011[1]

Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º e no inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; no artigo 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a alínea "a" do inciso II do artigo 86, todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 18 de agosto de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na saúde suplementar, define conceitos, estabelece as modelagens dos programas e dispõe sobre os incentivos para as operadoras e para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. O disposto nesta Resolução Normativa se aplica a todas as modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para fins desta Resolução Normativa considera-se:

I - Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida; e participação social na gestão das políticas de saúde. A prevenção de riscos e doenças orienta-se por ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidade específica. Dessa forma, esse amplo conceito fundamenta-se nos princípios de intersetorialidade, integralidade, mobilização e controle social, informação, sustentabilidade, entre outros; e

II - Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças: um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

Art. 3º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o oferecimento de programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, que poderão ser desenvolvidos nas seguintes modelagens voltadas para a saúde suplementar:

I - Programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida: processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Consiste em um conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos ao longo do curso da vida, incorporando ações para a Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, desde o pré-natal até as idades mais avançadas;

II - Programa para População-Alvo Específica: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou fator de risco determinado; e

[1] Publicada no DOU em 22/08/2011, seção 1, p. 40.

III - Programa para Gerenciamento de Crônicos: conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas e com alto risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Seção II
Dos Incentivos

Subseção I
Dos Incentivos para os Beneficiários de Planos Privados de Assistência À Saúde

Art. 4º As operadoras que desenvolverem programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças poderão ofertar aos beneficiários os seguintes incentivos:
I - concessão de bonificação;
II - concessão de premiação; e
III - outros a serem regulamentadas pela ANS.
Parágrafo único. As medidas estabelecidas no *caput* serão disciplinadas em Resolução Normativa específica.

Subseção II
Dos Incentivos para as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

Art. 5º As operadoras que desenvolverem programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças poderão dispor dos seguintes incentivos:
I - aproveitamento das despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS como fator redutor da exigência mensal de margem de solvência, nos termos de regulamentação específica;[1]
II - recebimento de pontuação Bônus no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora - IDSS; e
III - outros a serem regulamentados pela ANS.
§1º A aprovação dos programas pela ANS será necessária para as operadoras de planos de saúde que desejarem dispor do incentivo previsto no inciso I deste artigo, na forma da IN Conjunta DIOPE-DIPRO nº 2, de 7 de julho de 2010, e suas alterações.
§2º Na hipótese de a ANS determinar a alteração em programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvido pela operadora e esta alteração não for efetuada no prazo a ser estabelecido, a operadora perderá os incentivos dispostos neste artigo.

Seção III
Do Acompanhamento dos Programas à ANS

Art. 6º A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS realizará o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
§1º Para fins do disposto no *caput* as operadoras deverão informar os programas desenvolvidos à ANS por meio de aplicativo específico disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
§2º As regras para o acompanhamento dos programas serão regulamentadas por Instrução Normativa a ser editada pela ANS.[2]

[1] O inciso I do art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 314/2012.
[2] Vide IN/DIPRO nº 35/2011.

Seção IV
Das Regras Gerais para a Estruturação dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

Art. 7º Os programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças deverão ser estruturados pelas operadoras de acordo com as características sociodemográficas e epidemiológicas dos beneficiários.
Art. 8º Para uma mesma modelagem poderão ser elaborados programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças diferenciados por região, independente da abrangência geográfica do produto.
Art. 9º Os programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças poderão ser estruturados de acordo com a Cartilha de Modelagem de Programas e o Manual Técnico de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, a serem disponibilizados na página da ANS na internet.
Art. 10. A Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:
"Participação de consumidor em programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças
Art. 63-A. Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre programas para a promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.
Sanção - multa de R$ 20.000,00."
Art. 11. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 265, DE 19 DE AGOSTO DE 2011[1]

Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.[2]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o artigo 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de agosto de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos, todos definidos na RN Nº 264, de 19 de agosto de 2011.

Art. 2º Para os fins desta Resolução, são estabelecidas as seguintes definições:

I - bonificação: consiste em vantagem pecuniária, representada pela aplicação de desconto no pagamento da contraprestação pecuniária, concedida pela operadora ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde como incentivo à sua participação em programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, definido no art. 3º da RN Nº 264, de 2011;

II - premiação: consiste em vantagem, representada pela oferta de prêmio, concedida pela operadora ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde como incentivo à sua participação em programa para População-Alvo Específica e programa para Gerenciamento de Crônicos, definidos no art. 3º da RN Nº 264, de 2011;

III - adesão ao programa: é o ato volitivo do beneficiário, expressando a intenção de participar de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, de acordo com as modelagens previstas pelo art. 3º da RN Nº 264, de 2011; e

IV - participação no programa: consiste no cumprimento, pelo beneficiário, das regras acordadas entre as partes, referentes aos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, definidos nos arts. 2º e 3º da RN Nº 264, de 2011.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Bonificação

Subseção I
Da Oferta

Art. 3º É facultativa a oferta de concessão de bonificação como incentivo à participação dos beneficiários em programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, na forma do art. 3º da RN Nº 264, de 2011.

[1] Publicada no DOU em 22/08/2011, seção 1, p. 40 e 41.

[2] Vide também IN/DIPRO nº 36/2011.

§1º A operadora não está obrigada a realizar a oferta referida no *caput* em todos os seus planos privados de assistência à saúde, mas optando em fazê-la para determinado produto deve oportunizá-la a todos os beneficiários a ele vinculados.
§2º O disposto neste capítulo se aplica a todos os planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos empresariais ou coletivos por adesão contratados a partir de 2 de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

Subseção II
Da Adesão

Art. 4º A adesão dos beneficiários aos programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida é facultativa.
Parágrafo único. A operadora deverá comunicar a possibilidade de adesão referida no *caput* anualmente ao beneficiário titular, com a previsão da concessão de bonificação, por qualquer meio que assegure a sua ciência.
Art. 5º A faculdade a que alude o art. 4º pode ser exercida:
I - pelo beneficiário titular ou dependente, quando se tratar de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares; e
II - primeiro pela pessoa jurídica contratante e, posteriormente, por cada um dos beneficiários interessados, quando se tratar de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão, conforme IN especifica sobre o tema a ser editada pela DIPRO.
Parágrafo único. Para fins do disposto neste artigo, caberá às operadoras de planos privados de assistência à saúde e à pessoa jurídica contratante, no caso de planos coletivos empresariais, o estabelecimento da forma de negociação da aplicação e manutenção do bônus, podendo se dar de forma individualizada ou por percentual de participantes do grupo coletivo.

Subseção III
Do Prazo de Vigência

Art. 6º O prazo mínimo de vigência da concessão de bonificação é de 12 (doze) meses, contado da data da assinatura do termo aditivo contratual, e renovável automaticamente por igual período.
§1º Pretendendo a operadora interromper o programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida ou não renovar o prazo de vigência da bonificação, deverá comunicar o beneficiário com 3 (três) meses de antecedência do seu término.
§2º Na hipótese de interrupção do programa para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, a operadora deverá manter a concessão da bonificação até o término do seu prazo de vigência.

Subseção IV
Do Valor da Bonificação

Art. 7º O valor da bonificação deve ser o resultado da aplicação de um percentual sobre o valor da contraprestação pecuniária.
Art. 8º O percentual referido no art. 7º deverá ser o mesmo para todas as faixas etárias, observadas as seguintes condições:
I - deverá ser o mesmo para todos os beneficiários, quando se tratar de produto individual ou familiar registrado na ANS;
II - poderá ser diferenciado para cada contrato firmado, quando se tratar de produto coletivo empresarial ou coletivo por adesão registrado na ANS;
III - poderá ser diferenciado para cada produto coletivo empresarial ou coletivo por adesão, quando o contrato firmado incluir mais de um produto registrado na ANS; e
IV - poderá ser diferenciado para um mesmo produto, considerando-se a região de residência do beneficiário, de acordo com as abrangências geográficas representadas por município, grupos de municípios, estado, grupo de estado ou nacional.
Art. 9º As bonificações não poderão gerar valores inferiores ao mínimo para a comercialização e ao limite mínimo estabelecidos, respectivamente, nos arts. 5º, §1º, e 6º, §2º, da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, e suas alterações.

Parágrafo único. A soma de eventuais descontos ou bonificações concedidos pela operadora não poderá ultrapassar os valores mínimos e os limites mínimos referidos no *caput*.

Subseção V
Do Registro da Bonificação na ANS

Art. 10. Para a oferta de produto com concessão de bonificação, a sua previsão deverá constar dos contratos de planos privados de assistência à saúde registrados na ANS.
Parágrafo único. No caso de plano privado de assistência à saúde registrado na ANS sem a previsão referida no *caput*, a operadora deverá promover a sua alteração contratual previamente à oferta prevista no art. 3º desta Resolução, conforme IN a ser editada pela DIPRO.

Subseção VI
Das Regras para a Bonificação

Art. 11. As condições da adesão do beneficiário ao programa de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, devem conter regras claras e pré-estabelecidas, de acordo com as informações mínimas estabelecidas em IN.
Art. 12. Para a concessão de bonificação ou sua manutenção, a operadora não pode exigir qualquer outro critério que não seja a adesão e a participação do beneficiário no programa para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, sendo expressamente vedado que a operadora impeça, limite ou dificulte a adesão ou a manutenção do beneficiário, em especial:
I - por condição de saúde ou doença;
II - por faixa etária;
III - por sexo;
IV - por condição de alcance de determinada meta ou resultado em saúde;
V - por condição de diminuição de sinistralidade ou utilização de procedimentos; ou
VI - por tempo de permanência do beneficiário na operadora.
Parágrafo único. A vedação prevista no *caput* não impede a aferição de metas e resultados para fins de acompanhamento dos programas para a Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida, desde que não importe em prejuízo à bonificação.
Art. 13. A não participação injustificada do beneficiário nas atividades propostas pelo programa de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida ensejará sua exclusão e a conseqüente perda do direito ao recebimento da bonificação.
§1º Na hipótese do *caput*, a operadora deve comunicar o beneficiário da perda do direito à bonificação por qualquer meio que assegure a sua ciência.
§2º O ônus da prova da não participação do beneficiário nas atividades propostas pelo programa para a promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida cabe à operadora.
Art. 14. Pretendendo o beneficiário se retirar do programa de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, deve comunicar a operadora por qualquer meio que assegure a sua ciência, fato que também resulta na perda direito à bonificação.

CAPÍTULO IV
DA PREMIAÇÃO

Seção I
Da Oferta

Art. 15. É facultativa a oferta de concessão de premiação como incentivo à participação dos beneficiários em programas voltados para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos, na forma do art. 3º da RN Nº 264, de 2011.
§1º A operadora deve informar a possibilidade de adesão aos programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos com previsão de concessão de premiação a todos os beneficiários que atendam aos critérios definidores da população do programa, conforme RN Nº 264, de 2011.
§2º Na definição da população do programa, critérios objetivos, como tipo de contrato, podem ser utilizados além dos critérios clínicos definidos no art. 3º da RN Nº 264, de 2011.

Seção II
Da Adesão

Art. 16. A adesão dos beneficiários aos programas voltados para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos é facultativa.
Parágrafo único. A operadora deverá comunicar a possibilidade de adesão referida no *caput* ao beneficiário elegível ou titular, por qualquer meio que assegure a sua ciência.
Art. 17. O contrato acessório, que formaliza a adesão do beneficiário ao programa para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos, deve conter regras claras e pré-estabelecidas, de acordo com as informações mínimas estabelecidas em IN.

Seção III
Das Regras para a Premiação

Art. 18. Para a concessão de premiação, a operadora não poderá exigir do beneficiário qualquer outro critério que não seja a sua adesão e participação nos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças Voltados para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos, sendo expressamente vedado condicionar o recebimento do prêmio:
I - ao alcance de determinada meta ou resultado em saúde;
II - à diminuição de sinistralidade ou utilização de procedimentos; ou
III - ao tempo de permanência do beneficiário na operadora.
Parágrafo único. A vedação prevista no *caput* não impede a aferição de metas e resultados para fins de acompanhamento dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças Voltados para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos, desde que não importe em prejuízo à premiação.
Art. 19. A não participação injustificada do beneficiário nas atividades propostas pelos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças Voltados para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos ensejará sua exclusão e a conseqüente perda do direito ao recebimento da premiação.
§1º Na hipótese do *caput*, a operadora deverá comunicar o beneficiário da perda do direito à premiação por qualquer meio que assegure a sua ciência.
§2º O ônus da prova da não participação do beneficiário nas atividades propostas pelo programa cabe à operadora.
Art. 20. Pretendendo o beneficiário se retirar dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças Voltados para População-Alvo Específica e para Gerenciamento de Crônicos, deverá comunicar à operadora por qualquer meio que assegure a sua ciência, fato que também resultará na perda do direito à premiação.
Art. 21. Se o programa para a População-Alvo Específica e programa para Gerenciamento de Crônicos for interrompido pela operadora antes de a premiação ocorrer, o prêmio pela etapa cumprida ou em andamento será devido aos beneficiários participantes do programa.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. As comunicações com os beneficiários em planos coletivos empresariais, de que tratam esta Resolução, poderão ser realizadas pela operadora de planos privados de assistência a saúde ou pela pessoa jurídica contratante, conforme acordado, desde que seja assegurada a ciência do beneficiário.
Art. 23. É vedada a cobrança de qualquer valor ou a exigência de prazo mínimo de participação sem direito à bonificação ou premiação ao beneficiário que optar em participar ou renovar sua participação nos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.
Art. 24. É vedada à operadora a cobrança de ressarcimento de prêmios ou dos valores concedidos a título de bonificação aos beneficiários excluídos ou que requeiram sua retirada dos programas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.
Art. 25. A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO editará Instrução Normativa - IN para o cumprimento desta Resolução, contemplando, dentre outras, as regras para registro, adesão e modelos de informações mínimas padrão.

Art. 26. A Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

"Art. 63-B. Deixar de garantir ao consumidor bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.

Sanção - multa de R$ 15.000,00.

Art. 63-C. Exigir ou tentar impor prazo mínimo de participação sem direito à bonificação ou premiação, ou qualquer valor para o consumidor que optar em participar dos programas que garantem bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.

Sanção - multa de R$ 35.000,00.

Art. 63-D. Exigir ou tentar impor ao consumidor participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças o alcance de determinada meta ou resultado em saúde para a obtenção da bonificação ou premiação.

Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Art. 63-E. Impedir, limitar ou dificultar, por qualquer meio, a adesão ou a efetiva participação do consumidor aos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação.

Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Art. 63-F. Excluir o consumidor participante dos programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças que garantem bonificação e premiação, salvo nos casos previstos na regulamentação em vigor.

Sanção - multa de R$ 25.000,00.

Art. 63-G. Descumprir as regras previstas na regulamentação em vigor que dispõem sobre bonificação e premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde em programas para promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças.

Sanção - multa de R$ 20.000,00."

Art. 27. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 267, DE 24 DE AGOSTO DE 2011[1]

Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelos artigos 3º; 4º, incisos IV, V, XV, XXIV, XXVI, XXVII, XXXI, XXXII e XLI, alínea "b"; e 10, incisos I e II, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; pelo artigo 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e considerando o disposto no artigo 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; nos artigos 3º, inciso II; 4º e 9º, todos da RN Nº 139, de 24 de novembro de 2006; em reunião realizada em 12 de julho de 2011, adotou a seguinte resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa institui o programa de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar.

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA DE DIVULGAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 2º A política de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar será regida pelos seguintes princípios:
I - divulgação à sociedade dos atributos que qualificam os prestadores de serviços, aprimorando a capacidade de escolha de cidadãos e instituições;
II - natureza indutora da melhoria da qualidade assistencial;
III - caráter voluntário da participação dos prestadores de serviços, ressalvados os casos estabelecidos no parágrafo primeiro do presente artigo;
IV - valorização das operadoras segundo a qualificação de sua rede de prestadores de serviços; e
V - uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial para avaliar prestadores de serviços e apontar padrões de referência para esforços de melhoria contínua dos processos e resultados.
§1º Nos casos de estabelecimentos de saúde pertencentes à rede própria de operadoras, as referidas operadoras obrigam-se a prestar as informações relevantes para fomentar o uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial constante do inciso V do *caput* deste artigo.
§2º Para fins desta Resolução Normativa, entende-se como rede própria, todo e qualquer estabelecimento de saúde de propriedade da operadora, ou de sociedade controlada pela operadora, ou, ainda, de sociedade controladora da operadora.

CAPÍTULO II
DO PROGRAMA DE DIVULGAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 3º O programa de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar consiste:
I - na fixação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar;
II - na quantificação dos atributos obtidos pelos prestadores de serviços com vistas à avaliação do nível de qualificação dos prestadores que compõem a rede de cada operadora; e
III - na definição de indicadores de qualidade assistencial e de medidas de desempenho dos prestadores de serviços.

[1] Publicada no DOU em 25/08/2011, seção 1, p. 92.

Seção I
Dos Atributos de Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar

Art. 4º Os atributos de qualificação de prestadores de serviços na saúde suplementar serão fixados e revisados pela ANS mediante processo de colaboração com entidades de natureza acadêmica, científica, técnica, profissional, ou governamental, ouvidos os segmentos do setor saúde suplementar.
§1º Para fins desta Resolução Normativa, são considerados atributos de qualificação de prestadores de serviços o programa, o certificado, o processo de trabalho ou o vínculo institucional reconhecidamente associado à melhoria da qualidade na atenção à saúde.
§2º A ANS estabelecerá instrumentos formais de colaboração com as entidades referidas no *caput* deste artigo, no que concerne à fixação dos atributos de qualificação e à periodicidade de envio de informações sobre a adesão dos participantes, a manutenção e/ou a perda destes atributos. Caberá a estas entidades a responsabilidade pela credibilidade e confiabilidade das informações prestadas.
Art. 5º Para produção dos efeitos previstos nesta Resolução Normativa e para dar início ao programa ficam estabelecidos os seguintes atributos de qualificação, elencados conforme o tipo de prestadores de serviços:
I - prestadores de serviços hospitalares:
a) acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora;
b) participação no Sistema de Notificação de Eventos Adversos - NOTIVISA - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; e
c) participação no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS, conforme o inciso I do Art. 9 desta Resolução Normativa;
II - prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais:
a) acreditação de serviços de saúde com identificação da entidade acreditadora;
b) participação no NOTIVISA da ANVISA; e
c) participação no Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS, conforme o inciso I do Art. 9 desta Resolução Normativa;
III - profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios:[1]
a) participação no NOTIVISA da ANVISA;
b) pós-graduação com no mínimo 360 h (trezentos e sessenta horas) reconhecida pelo MEC, exceto para profissionais médicos;
c) título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria; e
d) residência em saúde reconhecida pelo MEC.
e) Revogado.[2]
Art. 6º Em nenhuma hipótese, a perda ou ausência dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar poderá ser usado como critério exclusivo de descredenciamento.

Seção II
Dos Mecanismos de Divulgação dos Atributos de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar

Art. 7º São mecanismos de divulgação dos atributos de qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar:
I - a divulgação pela ANS à sociedade em geral e ao mercado de saúde suplementar, dos atributos de qualificação de prestadores de serviços, sua fundamentação básica e sua importância para as escolhas dos beneficiários; e
II - a inclusão obrigatória, por parte das operadoras, dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em seu material de divulgação de rede assistencial, seja em meio eletrônico, seja em impressos ou audiovisuais, sempre destacando as razões, definidas pela ANS, de sua importância para a qualidade do atendimento.[3]
§1º O prazo para primeira inclusão dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço, por parte das operadoras, em seus materiais de divulgação de rede assistencial, a que se refere o inciso II do *caput*

[1] O inciso III do art. 5º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 321/2013
[2] A alínea "e", inciso III, art. 5º foi revogada conforme art. 3º da RN nº 321/2013
[3] O inciso II do art. 7º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 321/2013

deste artigo, será de 12 (doze) meses a contar da data de publicação da Instrução Normativa prevista nos incisos III e IV do Art. 9º desta Resolução Normativa, ressalvado o disposto no §2º.
§2º O prazo para primeira inclusão dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço em meio eletrônico para as Operadoras com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários será de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação da Instrução Normativa prevista nos incisos III e IV do Art. 9º desta Resolução Normativa.[1]

CAPÍTULO III
DOS MECANISMOS DE QUALIFICAÇÃO DA REDE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DAS OPERADORAS

Art. 8º São mecanismos de qualificação da rede de prestação de serviços das operadoras:
I - inclusão de metas referentes à qualificação de prestadores de serviços na saúde suplementar na dimensão de estrutura e operação do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar;
II - divulgação à sociedade em geral e ao mercado de saúde suplementar, da importância da dimensão de qualidade de rede assistencial, e do uso real pelos beneficiários da rede qualificada; e
III - integração dos padrões de qualidade da rede assistencial ao modelo de acreditação de operadoras.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º A Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES editará Normativos, contendo regras necessárias ao aperfeiçoamento e cumprimento desta Resolução Normativa, especialmente no que se refere:[2]
I - aos indicadores de monitoramento da qualidade da atenção assistencial a que se refere o inciso V do artigo 2º e o seu cronograma de implementação, com a instituição do "Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS";
II - Revogado[3];
III - ao material de divulgação da rede credenciada das operadoras, seja em impressos ou em endereço eletrônico;
IV - à forma das operadoras divulgarem as informações, seja em relação à periodicidade e/ou conteúdo, de sua rede assistencial;[4]
V - às características a serem atendidas pelas entidades que pleitearem colaboração com a ANS.
Art. 9-A. Fica criado o Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial, denominado COTAQ, de caráter consultivo, com atribuições, finalidades, composição e funcionamento estabelecidos no Anexo desta Resolução. [5]
Art. 10. A RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:
"Art. 44-A. Utilizar a ausência ou a perda dos atributos de qualificação dos prestadores de serviço como critério, exclusivo, de descredenciamento de prestadores.
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00."
"Art. 44-B. Deixar de incluir os atributos de qualificação dos prestadores de serviço em seus materiais de divulgação da rede assistencial no prazo estabelecido.
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00."
"Art. 44-C. Deixar, a operadora que possua rede própria de prestadores, de fornecer informações relevantes para fomentar o uso dos indicadores de monitoramento da qualidade assistencial.
Sanção - advertência;
multa de R$ 35.000,00."
Art. 11. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

---

[1] Os §§1º e 2º do art. 7º passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da RN nº 321/2013
[2] Vide também IN/DIDES nº 52/2013.
[3] O inciso II do art. 9º foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 350.
[4] O inciso IV do art. 9º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 7º da RN nº 321/2013
[5] O art. 9º-A foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 350/2014.

ANEXO[1]

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TÉCNICO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SETORIAL – COTAQ 1 - DA NATUREZA E FINALIDADE:
O Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial, denominado COTAQ, é uma instância de caráter técnico, coordenado pela Gerência de Avaliação da Qualidade Setorial (GEAQS) da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), com a finalidade de estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar.
2 - DA COMPOSIÇÃO
2.1 - O COTAQ será composto pelos seguintes membros:
a) Gerente da GEAQS;
b) Coordenador da Coordenadoria de Qualidade - CQUALISS;
c) Coordenador da Coordenadoria de Avaliação da Qualidade Setorial - COAQS; e
d) um representante da Assessoria de Estudos e Desenvolvimento Setorial - ADS/GGISE.
2.2 - O Gerente da GEAQS será o coordenador do COTAQ.
2.3 - O Coordenador da CQUALISS substituirá o coordenador do COTAQ em seus impedimentos legais, temporários e eventuais.
2.4 - O COTAQ contará com uma Secretaria Técnica, que será exercida por um servidor da GEAQS.
3 - DA COMPETÊNCIA
3.1 - Compete ao COTAQ:
a) constituir Comitês Temáticos - CT, de caráter provisório, com a finalidade de realizar estudos e propor critérios e metodologias para aferição e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar, cujos membros serão escolhidos de acordo com a necessidade técnica exigida para o tema em questão;
b) desconstituir os Comitês Temáticos, quando exaurida sua finalidade; e
c) acatar ou rejeitar as indicações de membros para os CTs.
4 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS
4.1 - São atribuições dos membros:
a) propor a indicação de entidades, cientistas e técnicos para participarem como membros dos Comitês Temáticos;
b) analisar as propostas de critérios e metodologias para aferição
e controle da qualidade da prestação de serviços na saúde suplementar;
c) analisar e relatar as matérias que lhe forem atribuídas para estudo;
d) comparecer e participar das reuniões, manifestando-se a respeito das matérias em discussão; e
e) desempenhar as funções que lhes forem atribuídas.
5 - DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR
5.1 - São atribuições do Coordenador:
a) coordenar e supervisionar as atividades do COTAQ e dos Comitês Temáticos;
b) convocar, instalar e presidir suas reuniões;
c) solicitar o pronunciamento do COTAQ e dos Comitês Temáticos quanto às questões relativas às suas competências;
d) propor diligências consideradas necessárias ao exame da matéria; e
e) encaminhar ao Gerente-Geral da Gerência de Integração Setorial - GGISE, as análises e as sugestões do COTAQ, com as respectivas justificativas.
6 - DAS ATRIBUIÇÕES DO SECRETÁRIO TÉCNICO
6.1 - São Atribuições do Secretário Técnico:
a) prestar assistência às reuniões do COTAQ e Comitês Temáticos;
b) organizar a pauta das reuniões do COTAQ;
c) receber as correspondências, estudos, projetos ou outras matérias enviadas ao COTAQ, dando os devidos encaminhamentos;
d) preparar, assinar e distribuir aos membros do COTAQ e Comitês Temáticos as atas das reuniões, bem como manter em arquivo a memória das reuniões; e
e) organizar o registro de análises e sugestões, protocolo e outros.

[1] O Anexo foi incluído, conforme art. 2º da RN nº 350/2014.

7 - DO FUNCIONAMENTO

7.1 - o COTAQ reunir-se-á em qualquer ocasião em que houver justificada necessidade, mediante solicitação do Coordenador.

7.2 - os Comitês Temáticos poderão contar com convidados de outras Gerências e Diretorias da ANS.

8 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 - os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste regimento interno serão dirimidos pela GEAQS.

8.2 - as funções de membros, de Coordenador, Secretário Técnico, convidado ou qualquer outro que venha a colaborar com o COTAQ ou com os Comitês Temáticos não serão remuneradas, e as despesas necessárias para o comparecimento às reuniões não implicarão em ônus financeiro para a ANS.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 270, DE 10 DE OUTUBRO DE 2011[1]

Dispõe sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão; dá nova redação ao artigo 28 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001, que dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - Operadoras.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o Inciso III do artigo 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, o inciso XXII do art. 4º e o inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada no dia 29 de setembro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º As disposições desta Resolução Normativa estabelecem os procedimentos e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão das operadoras de planos de assistência à saúde; dá nova redação ao artigo 28 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001, que dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - Operadoras.

§1º Considera-se alteração ou transferência de controle societário toda modificação societária que atribua a pessoa natural ou jurídica, ou a grupo de pessoas vinculadas por acordo de voto, ou sob controle comum, a condição de controlador, diretamente ou através de outras controladas, de maneira a lhe assegurar, de modo permanente, preponderância nas deliberações sociais e o poder de eleger a maioria dos administradores, nos termos da legislação societária.

§2º Nos casos em que o controle é exercido por pessoa, ou grupo de pessoas, que não seja titular de ações ou quotas que asseguram a maioria absoluta dos votos do capital social, considera-se controlador a pessoa ou o grupo de pessoas vinculados por acordo de acionistas ou quotistas, ou sob controle comum, que seja o titular de ações ou quotas que lhe assegurem a maioria absoluta dos votos dos acionistas ou quotistas presentes nas três últimas Assembléias Gerais da operadora.

§3º Sujeitam-se ao disposto nesta resolução as fusões, incorporações e desmembramentos de cooperativas médicas ou odontológicas.

CAPITULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Competência

Art. 2º Dependem de prévia e expressa aprovação do Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da ANS a realização de qualquer ato societário que se enquadre no disposto no art. 1º.

§1º Da decisão do Diretor da DIOPE caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS.

[1] Publicada no DOU em 11/10/2011, seção 1, p. 54.

§2º O recurso, com as razões e, se for o caso, os documentos que o fundamentam, poderá ser interposto no prazo de dez dias, contados da data em que a intimação da decisão for efetuada, observado o disposto nos arts. 14, 15 e 16 da RN Nº 48, de 19 de setembro de 2003, quanto à forma de intimação.
§3º O recurso poderá ser protocolado na sede da ANS ou nos Núcleos da ANS e deverá ser dirigido ao Diretor da DIOPE.
§4º Na hipótese de recurso encaminhado pelo correio, a tempestividade do mesmo será aferida pela data da postagem.
§5º Os recursos terão efeito suspensivo.
Art. 3º A DIOPE analisará os efeitos que a concentração de mercado poderá gerar no âmbito da saúde suplementar, em decorrência dos atos previstos no art. 1º, para fins de monitoramento setorial, sem prejuízo do disposto na Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011, e ouvirá a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO sobre os aspectos de sua competência que possam ser afetados pelos atos previstos no art. 1º previamente ao deferimento ou ao deferimento condicionado de que tratam os §§1º a 3º do art. 4º e os incisos I e II do art. 6º.[1]

Seção II
Da Documentação e Dos Procedimentos

Art. 4º A autorização para praticar os atos previstos no art. 1º dependerá da regularidade da situação administrativa e econômico financeira das operadoras envolvidas, tanto na condição de futura controladora ou incorporadora, quanto na condição de objeto da alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão ou desmembramento.
§1º A operadora que estiver sob regime de direção técnica e/ou fiscal ou em Procedimentos de Adequação Econômico- Financeira - PAEF poderá, excepcionalmente, ser objeto dos atos previstos no art. 1º, mediante o cumprimento das condições fixadas pelo Diretor da DIOPE.[2]
§2º A operadora que estiver sob regime de direção fiscal só poderá ser objeto dos atos previstos no art. 1º mediante a imposição, no mínimo, do saneamento da insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, das anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, motivadoras do regime especial de direção fiscal, no prazo a ser fixado pelo Diretor da DIOPE.
§3º A operadora que apresentar anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves só estará autorizada a praticar os atos previstos no art. 1º mediante a apresentação, no mínimo, de proposta de adequação administrativa e econômico-financeira, nos termos de normativo próprio.[3]
Art. 5º Para a aprovação dos atos previstos no art. 1º, o requerente deverá, antes do registro dos atos constitutivos no órgão competente, encaminhar solicitação formal à DIOPE, acompanhada dos documentos e informações previstos nos Anexos I a IV-B desta Resolução, conforme o caso, bem como dos seguintes documentos:[4]
I - projeto do ato societário pretendido;
II - mapas das composições de capital social da operadora, anterior e posterior ao ato pretendido, informando os controladores diretos e indiretos até o nível de pessoa natural;
III - declaração, sob as penas da lei, firmada por cada pessoa natural que pretenda assumir o controle, direto ou indireto, de que não está impedida de exercer a administração de sociedades por lei especial, ou condenada por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos;[5]
IV – Revogado.[6]
V - declaração de bens, direitos, dívidas e ônus reais e obrigações das pessoas naturais que deterão o controle direto ou indireto da operadora, comprovada por cópia da declaração do imposto de renda -

[1] O art. 3º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.
[2] O §1º do art. 4º foi alterado, conforme art. 37º da RN nº 307/2012.
[3] O § 3º do art. 4º foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.
[4] O art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.
[5] O inciso III do art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.
[6] O inciso IV do art. 5º foi revogado, conforme art. 5º da RN nº 299/2012.

pessoa física, acompanhada da cópia do recibo de entrega à Receita Federal, relativa ao último exercício;[1]

V-A - declaração, sob as penas da lei, firmada por cada pessoa jurídica que pretenda assumir o controle, direto ou indireto, de que não foi declarada falida ou insolvente, nem está sob recuperação judicial ou extrajudicial;[2]

VI – Revogado.[3]

VII - relatório indicando os objetivos visados e estimando os efeitos assistenciais e econômico-financeiros da alteração do controle ou a operação societária pretendida; e

VIII - sempre que o ato pretendido envolver pessoa jurídica que não seja operadora, a mesma deverá apresentar:

a) cópia autenticada das demonstrações contábeis do futuro controlador direto relativas ao último exercício social, ou equivalente, devidamente auditadas por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, onde conste a existência de recursos financeiros capazes de suportar a operação pretendida;

b) cópia autenticada do seu contrato ou do seu estatuto social, ou traslado da escritura pública, com comprovante de registro perante a Junta Comercial ou Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de todas as pessoas jurídicas que virão a compor a cadeia de controle, bem como do livro de registro de ações nominativas ou do extrato da instituição financeira custodiante das ações, da ata de assembleia geral ou da reunião de sócios que escolher os membros de conselho de administração ou assemelhado e de ata de reunião do conselho de administração ou assemelhado que escolher os diretores ou quaisquer administradores, independente da nomenclatura usada para sua designação, sendo que, em caso de pessoa jurídica com sede no exterior, deverão tais documentos ser traduzidos por tradutor público, registrados em Registro de Títulos e Documentos e, quanto aos documentos públicos, legalizados por Representação Diplomática do Brasil;[4]

c) cópia autenticada de acordo de acionistas/cotistas ou de contrato de usufruto das ações/quotas das pessoas jurídicas que pretendam assumir o controle direto ou indireto, sendo que no acordo de acionistas/cotistas ou contrato de usufruto das ações/quotas que tiver como objeto as ações/quotas da operadora deverá constar cláusula de prevalência sobre qualquer outro compromisso não submetido à aprovação da ANS ou declaração de inexistência de acordo; e[5]

d) cópia autenticada das demonstrações contábeis parciais elaboradas especificamente para a apresentação do ato à ANS, auditadas por auditor independente registrado na CVM, referente ao último trimestre disponível, dispensada sua apresentação se o exercício a que se referem as demonstrações contábeis houver se encerrado há menos de três meses.

d) cópia autenticada das demonstrações contábeis parciais elaboradas especificamente para a apresentação do ato à ANS, auditadas por auditor independente registrado na CVM, referente ao último trimestre disponível, dispensada sua apresentação se o exercício a que se referem as demonstrações contábeis houver se encerrado há menos de três meses.

§1º O Diretor da DIOPE poderá aceitar a apresentação de documento equivalente aos descritos neste artigo ou exigir quaisquer informações e/ou documentos adicionais que julgar necessários, em decisão motivada.

§2º Nos casos em que se pretender a assunção do controle societário de uma operadora por outra operadora, só será necessária a apresentação dos documentos indicados nos incisos I e VII, ressalvada a exigência de outros documentos baseada em necessidade verificada no exame do caso concreto.

§3º Só será admitida a assunção do controle societário de uma operadora por um fundo de investimento que observe a forma de Fundo de Investimento em Participações - FIP, caso em que deverá ser observado o disposto no Anexo IV-A, sem prejuízo das demais exigências dispostas nesta RN.

§4º Na hipótese do §3º, as sociedades e fundos de investimento cotistas do FIP não serão analisados, bastando a apresentação da relação nominativa dos cotistas do FIP, conforme o Anexo IV-A.

§5º No caso de pessoa natural ou jurídica estrangeira pretender assumir o controle societário de uma operadora, deverá ser observado quanto à documentação estrangeira o disposto no Anexo IV-B.[6]

[1] O inciso V do art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

[2] O inciso V-A do art. 5º foi acrescido, conforme art. 3º da RN nº 299/2012.

[3] O inciso VI do art. 5º foi revogado, conforme art. 5º da RN nº 299/2012.

[4] A alínea "b" do art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

[5] A alínea "c" do art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

[6] A alínea "d" e os parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º e 5º do art. 5º foram acrescidos, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

Parágrafo único. O Diretor da DIOPE poderá exigir quaisquer informações e/ou documentos adicionais que julgar necessários.

Art. 6º Após a avaliação das informações prestadas e a realização das análises documental e econômico-financeira, o Diretor da DIOPE poderá:

I - deferir o projeto;

II - deferir o projeto condicionado ao cumprimento de obrigações pendentes, que apresentem reduzido impacto na avaliação da conformidade documental e econômico-financeira do ato pretendido, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, prorrogável por decisão justificada do Diretor da DIOPE, que deverá ser comunicada à Diretoria Colegiada, contados da data da intimação da decisão, sob pena de cassação do deferimento e determinação de que seja revertida a operação, pela DIOPE, e de adoção das medidas administrativas cabíveis pelas áreas competentes da ANS;[1]

III - sobrestar o projeto para realização de diligência ou exigência de informações e/ou documentos julgados necessários; ou

IV - indeferir o projeto.

Parágrafo único. O deferimento de projetos de cisões que impliquem transferência de carteira, fusões e incorporações não isenta a operadora do cumprimento do disposto em normativo próprio sobre transferência de carteira.[2]

Art. 7º No caso de deferimento do projeto, a operadora deverá, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, prorrogável por decisão fundamentada do Diretor da DIOPE, que deverá ser comunicada à Diretoria Colegiada, a contar do recebimento da comunicação da ANS, protocolar perante o órgão competente o pedido de registro de todos os atos societários pertinentes e deverá, no prazo de 10 (dez) dias úteis contados da data da ciência do efetivo registro, enviar à DIOPE a documentação comprobatória do registro.[3]

Art. 8º A DIOPE comunicará às demais diretorias da ANS as alterações ou transferências de controle societário, incorporações, cisões ou desmembramentos e fusões deferidas, bem como a efetivação dos atos após a comprovação do respectivo registro no órgão competente.

Art. 9º A partir da data de deferimento do projeto do ato societário pretendido, as operadoras a serem cindidas ou desmembradas totalmente, incorporadas ou fusionadas ficam desobrigadas do envio das informações periódicas devidas à ANS, salvo quanto ao Sistema de Informações de Beneficiários, na hipótese de haver beneficiários ativos, cujos dados cadastrais deverão continuar a ser informados, de modo a preservar a integridade da base de dados cadastrais de beneficiários, inclusive para o cruzamento de dados com vistas a viabilizar o ressarcimento ao SUS, de que trata o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Em caso de descumprimento do disposto no art. 7º ficarão as operadoras obrigadas ao envio de todas as informações dispensadas por força do *caput* deste artigo, inclusive as relativas ao período em que gozaram da dispensa do envio.

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 10. A presente resolução não se aplica às operadoras classificadas como autogestões que operam planos privados de assistência à saúde por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado.

Art. 11. A DIOPE fica autorizada a editar os atos normativos que julgar necessários ao fiel cumprimento desta resolução, nos termos da RN Nº 197, de 2009.

Art. 12. No caso de não atendimento ao disposto nesta resolução:

I - o Diretor da DIOPE poderá determinar que seja regularizado o ato nos termos desta RN ou que sejam desconstituídos, total ou parcialmente, a alteração ou transferência de controle societário, a cisão ou desmembramento, a fusão ou a incorporação; e[4]

II - a Diretoria Colegiada da ANS poderá instaurar o regime especial de direção fiscal tanto sobre a operadora que assumir a condição de controladora ou incorporadora, ou que resultar da fusão, ou que incorporar parcela do patrimônio da operadora que foi objeto de cisão ou desmembramento, quanto

[1] O inciso II do art. 6º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

[2] O § único do art. 6º foi acrescido, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

[3] O art. 7º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

[4] O inciso I do art. 12º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 299/2012.

sobre a operadora que foi objeto de alteração ou transferência de controle societário ou de cisão ou desmembramento parcial.

Art. 13. As disposições desta resolução se aplicam aos processos em curso.

Art. 14. O art. 28 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Alterações Societárias

Art. 28. Deixar de cumprir a regulamentação da ANS referente aos atos de cisão, fusão, incorporação, desmembramento, alteração ou transferência do controle societário:

Sanção - multa de R$ 250.000,00, aplicável à operadora, e suspensão do exercício de cargo de 90 (noventa) a 180 (cento e oitenta) dias, aplicáveis aos administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados". (NR)

Art. 15. Fica revogada a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001.

Art. 16. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

ANEXO I
DOS DOCUMENTOS E EXIGÊNCIAS AOS ATOS DE ASSUNÇÃO DE CONTROLE SOCIETÁRIO:

I - cópia autenticada do ato societário que deliberou pela aprovação do ato societário pretendido, ressalvados os casos em que for livre a cessão de ações/quotas ou a subscrição de novas ações/quotas, ou se tratar de cessão da totalidade das ações ou quotas representativas do capital social;

II - cópia autenticada de contrato de compra e venda ou instrumento equivalente onde conste cláusula que estipule que a concretização do negócio está condicionada à prévia aprovação da ANS; e

III - justificativa para o valor da negociação e fundamentação para os casos de ágio e deságio, quando houver, nos casos em que se pretender a assunção do controle societário por operadora;

ANEXO II
DOS DOCUMENTOS E EXIGÊNCIAS AOS ATOS DE INCORPORAÇÃO:

I - cópia autenticada do protocolo e justificação da incorporação;

II - cópia autenticada da ata de assembleia geral ou de reunião de sócios da futura incorporadora aprovando o protocolo e justificação da incorporação, nomeando os peritos que avaliarão o patrimônio líquido da sociedade a ser incorporada e contendo menção expressa de que a incorporação só será efetivada depois de autorizada pela ANS;

III - cópia autenticada do laudo de avaliação do acervo da futura incorporada; e

IV - cópia da minuta de alteração do ato constitutivo da operadora incorporadora.

ANEXO III
DOS DOCUMENTOS E EXIGÊNCIAS AOS ATOS DE FUSÃO:

I - cópia autenticada do protocolo e justificação da fusão;

II - cópia autenticada das atas de assembleia geral ou de reunião de sócios das futuras fusionadas aprovando o protocolo e justificação da fusão, nomeando os peritos que avaliarão os acervos líquidos das operadoras a serem fusionadas e contendo menção expressa de que a fusão só será efetivada depois de autorizada pela ANS;

III - cópia autenticada dos laudos de avaliação dos acervos das futuras fusionadas; e

IV - cópia da minuta de ato constitutivo na nova pessoa jurídica.

ANEXO IV
DOS DOCUMENTOS E EXIGÊNCIAS AOS ATOS DE CISÃO OU DESMEMBRAMENTO:

I - cópia autenticada do protocolo e justificação da cisão/desmembramento ou declaração firmada pelos administradores contendo todas as informações que constariam de um protocolo e de uma justificação, caso a parcela cindida/desmembrada seja destinada a nova pessoa jurídica;

II - cópia autenticada das atas de assembleia geral ou de reunião de sócios da operadora a ser cindida e da operadora que receberá a parcela cindida aprovando o protocolo e justificação da cisão, ou deliberando sobre as informações equivalentes ao protocolo e justificação, conforme o caso, nomeando os peritos que avaliarão o acervo líquido da operadora a ser cindida e contendo menção expressa de que a cisão só será efetivada depois de autorizada pela ANS;
III - cópia autenticada do laudo de avaliação do acervo da futura cindida ou desmembrada; e
IV - cópia da minuta de alteração do ato constitutivo da operadora cindenda e da sociedade que receberá a parcela cindida ou cópia da minuta de ato constitutivo da nova pessoa jurídica, conforme o caso.[1]

ANEXO IV-A
DOS DOCUMENTOS ESPECÍFICOS PARA FUNDOS DE INVESTIMENTO EM PARTICIPAÇÕES - FIP:

I - comprovante de registro do FIP perante a CVM;
II - comprovante de registro do FIP no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
III - cópia autenticada do ato de constituição do FIP, acompanhada e comprovante de registro perante ofício de registro de ítulos e documentos;
IV - cópia autenticada do regulamento do FIP, acompanhada e comprovante de registro perante ofício de registro de títulos e documentos; cópia autenticada do livro de registro de cotas nominativas ou de declaração da instituição financeira escrituradora informando a relação de cotistas;
VI - cópia autenticada dos atos constitutivos da pessoa jurídica administradora do FIP;
VII - comprovante de autorização da CVM para que a pessoa jurídica administradora do FIP exerça a atividade de administração de carteira de valores mobiliários;
VIII - comprovante da indicação do diretor ou do sóciogerente representante do administrador do FIP perante a CVM;
IX - cópia autenticada das demonstrações contábeis do FIP, referentes ao último exercício, ou equivalente, acompanhadas de cópia autenticada de parecer de auditor independente registrado na CVM, caso se pretenda que o FIP assuma o controle direto da operadora; e
X - declaração do FIP, sob as penas da lei, de que não foi declarado insolvente

ANEXO IV-B
DOS DOCUMENTOS QUE DEVEM ACOMPANHAR DOCUMENTAÇÃO ESTRANGEIRA:

I - tradução por tradutor público;
II - registro em Registro de Títulos e Documentos;
III - legalização em Representação Diplomática do Brasil, em se tratando de documento público estrangeiro, salvo nos casos em que essa legalização seja dispensada em virtude de acordo internacional promulgado por decreto do Presidente da República, casos em que a requerente deverá indicar o decreto que prevê essa dispensa;
IV - prova da correspondência entre a documentação estrangeira apresentada e a documentação brasileira exigida nesta RN, a ser produzida por meio de pareceres de juristas que atestem a correspondência da documentação apresentada com a documentação existente segundo a legislação estrangeira ou outro meio confiável.[2]

ANEXO V

Revogado.[3]

[1] Os anexos I, II, III e IV foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 299
[2] Os anexos IV-A e IV-B foram acrescidos, conforme art. 3º da RN º 299
[3] O anexoV foi revogado integralmente, conforme art. 5º da RN nº 299/2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 272, DE 20 DE OUTUBRO DE 20111

Altera a Resolução Normativa - RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar; altera RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso X do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o §2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e o inciso I do §3º do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, em reunião realizada em 5 de outubro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN altera a RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar; altera RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e dá outras providências.

Art. 2º As alíneas "e", "f", "h", "i" e "j" do inciso II do artigo 2º; o parágrafo único do artigo 3º; o artigo 18; e o §1º do artigo 21, todos da Resolução Normativa nº 137, de 2006, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º.....

II - .....

e) sócios 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;

.....

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 dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, limitado ao terceiro grau de parentesco, consangüíneo ou afim; e

.....(NR)"

Art. 3º .....

§1º A exigência prevista no *caput* não se aplica:

I - à entidade de autogestão que, na data da publicação da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, já prestava serviços de assistência à saúde;

II - à entidade de autogestão definida no inciso I do artigo anterior; e

III - à entidade de autogestão que, além da operação de planos privados de assistência à saúde, exerce atividade caracterizada como ação de promoção à saúde, nos termos do art. 35-F da Lei nº 9.656, de 1998."

"Art. 18. Na hipótese de ingresso de patrocinador, a entidade de autogestão deverá manter em sua posse cópia dos convênios de que tratam os artigos 13 e 15 desta Resolução para fins de comprovação à ANS, quando solicitado.

Parágrafo único. É de responsabilidade da entidade de autogestão a verificação de elegibilidade dos seus patrocinadores nos moldes do artigo 12 desta Resolução Normativa." (NR)

"Art. 21 .....

Parágrafo único. É facultada a contratação ou celebração de convênio quanto à rede de prestação de serviços de entidade congênere ou de outra operadora de modalidade diversa, fora do município sede da operadora ou fora dos municípios onde a operadora mantém representações regionais."(NR)[2]

Art. 3º A RN Nº 137, de 2006, passa a vigorar acrescida da alínea "k" no inciso II do artigo 2º; do §2º no artigo 3º; e do parágrafo único no artigo 12, da seguinte forma:

[1] Publicada no DOU em 21/10/2011, seção 1, p. 144.

[2] A alteração do parágrafo único do art. 21 da RN nº 137, foi retificada, conforme publicação no DOU de 07/12/2011, seção 1, p. 41.

"Art. 2º .....
II - .....
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"
"Art. 3º .....
.....
§2º A vedação da prestação de serviços prevista no *caput* não se aplica ao oferecimento da rede de prestação de serviços de saúde para contratação por entidades congêneres."
"Art. 12. .....
Parágrafo Único. Os instituidores e patrocinadores deverão guardar relação com o objeto do estatuto da entidade de autogestão, bem como deverão guardar correlação entre si, quanto ao seu ramo de atividade.
Art. 4º As cópias dos convênios de adesão de patrocinador e dos contratos de rede de prestação de serviços encaminhados à ANS até a data da publicação desta Resolução serão arquivadas.
Art. 5º A entidade de autogestão que, na data da publicação desta Resolução, já prestava serviços de assistência à saúde a beneficiários distintos dos grupos mencionados no inciso II do art. 2º da RN Nº 137, de 2006, com redação dada por esta RN, poderá continuar a fazê-lo, sendo-lhe vedado o ingresso de novos beneficiários nesses planos, à exceção de novo cônjuge e filhos, passando a ser denominados planos bloqueados ou em extinção.
Parágrafo único. O descumprimento do disposto no *caput* sujeitará a entidade de autogestão à sanção administrativa cabível e à reclassificação de sua modalidade.
Art. 6º O parágrafo único do artigo 43 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 43.....
Parágrafo único. Incorre na mesma sanção a entidade de autogestão e a operadora por ela contratada que descumprirem a regulamentação referente à contratação de rede de prestação de serviços, em especial o artigo 21 da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006." (NR)
Art. 7º Ficam revogados os §§1º, 2º, 3º e 4º do artigo 21 da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006.
Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 274, DE 20 DE OUTUBRO DE 2011[1],[2]

Estabelece tratamento diferenciado paras pequenas e médias operadoras de planos privados de assistência à saúde; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera as Resoluções Normativas - RN Nº 48, de 19 de setembro de 2003, RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, RN Nº 171, de 29 de abril de 2008, RN Nº 172, de 8 de julho de 2008, RN Nº 173, de 10 de julho de 2008, RN Nº 205, de 8 de outubro de 2009, RN Nº 206, de 2 de dezembro de 2009, RN Nº 209, de 2 de dezembro de 2010, RN Nº 227, de 19 de agosto de 2010; e altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 13, de 21 de julho de 2006.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso XI do art. 170 e o art. 179, todos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; os incisos XVIII, XXI, XXXI e XXXII e o §2º, ambos do art. 4º, e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 20 e as alíneas "a", "b", "c" e "d" do inciso IV e parágrafo único do artigo 35-A, todos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; em reunião realizada em 18 de outubro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN estabelece tratamento diferenciado a ser dispensado às operadoras de planos privados de assistência à saúde de pequeno e médio porte; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde; e altera os seguintes atos normativos:

I - Revogado;[3]

II - a RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar;

III - a RN Nº 171, de 29 de abril de 2008, que estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas;

IV - a RN Nº 172, de 8 de julho de 2008, que dispõe sobre os critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos;

V - a RN Nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, cria a obrigatoriedade do envio do Demonstrativo dos Fluxos de Caixa;

VI - a RN Nº 205, de 8 de outubro de 2009, que estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010 e dá outras providências;

VII - a RN Nº 206, de 2 de dezembro de 2009, que dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço preestabelecido;

VIII - a RN Nº 209, de 2 de dezembro de 2010, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

IX - a RN Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar; e

[1] Republicada por ter saído, no DOU nº 203, de 21-10-2011, Seção 1, págs 147 e 148, com incorreção no original.

[2] Publicada no DOU em 24/10/2011, seção 1, p. 55 a 57.

[3] O inciso I do art. 1º foi revogado, conforme art. 1º da RN nº 274/2011.

X - a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 13, de 21 de julho de 2006, que define os procedimentos da comunicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, contratados por pessoa jurídica.

Art. 2º Revogado.[1]

Art. 3º A RN Nº 159, de 2007, passa a vigorar acrescida do Anexo V, na forma do Anexo desta Resolução, do parágrafo único no art. 1º, dos incisos XV e XVI no art. 2º, do inciso IV no art. 7º, dos arts. 7º-A, 7º-B, 7º-C, 7º-D, 7º-E, 7º-F, 7º-G, 7º-H e 7º-I; e com alterações no inciso II do art. 2º, conforme a seguinte redação:

"Art. 1º.....

.....

Parágrafo único. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com número de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil), apurados na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, ficam dispensadas dos critérios de vinculação, custódia e movimentação de ativos garantidores aplicados nos segmentos de renda fixa e variável, de que trata a presente Resolução."

"Art. 2º.....

.....

II - ativos garantidores: bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas; (NR)

.....

XV - imóvel assistencial: bem imóvel de propriedade plena da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente à instalação de consultório, clínica, hospital ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;[2]

XVI - imóvel operacional: bem imóvel de propriedade plena da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente para fim operacional, a exemplo da instalação de sede administrativa, que não se enquadre na definição do inciso XV deste artigo;

"Art. 7º.....…….....

IV imóveis."

"CAPÍTULO IV

IMÓVEIS

Seção I

Registro

Art. 7º-A Os imóveis poderão ser registrados para lastrear as provisões técnicas desde que atendam as seguintes condições:

I - ser de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora;

II - ser imóvel operacional ou assistencial;

III - possuir inscrição municipal para o recolhimento do IPTU com a titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão ou com a titularidade do controlador, direto ou indireto, da operadora ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora;

IV - estar registrado em conta do ativo imobilizado da pessoa jurídica proprietária; e

V - não estar gravado com cláusula de restrição de uso ou reserva de domínio, nem com ônus ou gravame de qualquer espécie, nem ser resolúvel a propriedade.

Parágrafo único. Não serão aceitos como ativo garantidor bens imóveis em condomínio, frações de bens indivisíveis e imóveis rurais."

"Seção II

[1] O art. 2º foi revogado, conforme art. 1º da RN nº 284/2011.

[2] Os incisos XV e XVI do art. 3º foram retificados, conforme publicação no DOU em 01/11/2011, seção 1, p. 58 e 59.

Vinculação

Art. 7º-B O pedido de vinculação de imóvel a ser registrado como ativo garantidor deverá ser feito à ANS, em duas vias, na forma do Anexo V, e vir acompanhado de uma cópia autenticada da certidão de ônus reais do imóvel, expedida há, no máximo, 30 (trinta) dias da data do requerimento, além de declaração de que o imóvel se enquadra no conceito de imóvel operacional ou de imóvel assistencial.

Parágrafo único. A ANS poderá, a seu critério, exigir quaisquer outros documentos que julgar necessários para a complementação da análise."

"Art. 7º-C Deferida a vinculação do imóvel, a ANS determinará que a operadora providencie junto ao registro de imóveis competente a respectiva averbação na matrícula do imóvel, arcando a operadora com todos os custos."

"Art. 7º-D Uma vez efetivada a averbação, a operadora deverá encaminhar à ANS nova certidão de ônus reais contendo o gravame de vinculação.

Parágrafo único. A vinculação somente será considerada efetivada com a certificação pela ANS da devida apresentação da certidão de que trata o *caput* deste artigo."

"Art. 7º-E Os imóveis vinculados à ANS deverão ser contabilizados e periodicamente informados à ANS, por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS."

"Art. 7º-F As operadoras que ainda possuírem averbação no registro de imóveis de vinculação referente a regulamentações anteriores, deverão submeter novos pedidos de vinculação."

"Art. 7º-G Sempre que requisitado, a operadora deverá encaminhar à ANS certidão vintenária ou certidão de ônus reais atualizada, relativa ao bem imóvel ao qual o vínculo se refere.

Parágrafo único. Considera-se atualizada a certidão cuja data de expedição esteja compreendida no prazo de 30 (trinta) dias anteriores à data do seu encaminhamento à ANS."

"Seção III

Desvinculação

Art. 7º-H O pedido de desvinculação de imóvel registrado como ativo garantidor deverá ser feito à ANS na forma do Anexo V, devendo a operadora comprovar a suficiência de outros ativos para suportar a totalidade da garantia."

"Art. 7º-I Autorizada a desvinculação do imóvel, a ANS comunicará o fato à operadora, que, de posse da autorização, ficará responsável por sua averbação na matrícula do imóvel."

Art. 4º A RN Nº 173, de 2008, passa a vigorar com alterações na ementa, no art. 1º, no §3º do art. 3º, no *caput* do art. 3º-A, conforme a seguinte redação:

"Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS."

"Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS." (NR)

"Art. 3º .....

§3º As operadoras de planos de saúde que estiverem cumprindo plano de recuperação ou que estiverem sob regime de direção fiscal devem enviar mensalmente o seu demonstrativo dos fluxos de caixa, por meio do DIOPS/ANS versão XML, com envio até o décimo dia do mês subseqüente." (NR)

"Art. 3º-A. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, ficam dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem cumprindo plano de recuperação ou se estiverem sob regime de direção fiscal." (NR)

Art. 5º A RN Nº 171, de 2008, passa a vigorar acrescida dos §§1º e 2º no art. 14; e com alterações no *caput* do art. 14, conforme a seguinte redação:

"Art. 14. Os reajustes e as alterações de franquia e co-participação deverão ser comunicados pela internet, por meio de aplicativo, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra que venha a substituí-la, ressalvado o disposto nos §§1º e 2º deste artigo." (NR)

.....

§1º As operadoras com até 100.000 (cem mil) beneficiários deverão comunicar os reajustes e as alterações de franquia e co-participação dos contratos coletivos trimestralmente, nos seguintes prazos:

a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subseqüente;[1]
b) os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subseqüente;
c) os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subseqüente; e
d) os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subseqüente.
§2º Para fins do disposto no parágrafo anterior, o número de beneficiários a ser considerado deverá corresponder ao informado no SIB do mês de janeiro imediatamente anterior ao início do trimestre."
Art. 6º A RN Nº 172, de 2008, passa a vigorar acrescida dos §§1º e 2º no art. 16; e com alterações no *caput* do art. 16, conforme a seguinte redação:
"Art. 16. Os reajustes e as alterações de franquia e co-participação dos planos coletivos deverão ser comunicados pela internet, por meio de aplicativo, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra que venha a substituí-la, ressalvado o disposto nos §§1º e 2º deste artigo. (NR)
§1º As operadoras com até 100.000 (cem mil) beneficiários deverão comunicar os reajustes e as alterações de franquia e co-participação dos contratos coletivos trimestralmente, nos seguintes prazos:
a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subseqüente;[2]
b) os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subseqüente;
c) os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subseqüente; e
d) os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subseqüente.
§2º Para fins do disposto no parágrafo anterior, o número de beneficiários a ser considerado deverá corresponder ao informado no SIB do mês de janeiro imediatamente anterior ao início do trimestre."
Art. 7º O *caput* do art. 2º-A e o §3º do art. 5º da RN Nº 205, de 2009, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 2º-A. Os dados informados no SIP, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, deverão ser auditados anualmente por auditor independente registrado na CVM, estando dispensadas da auditoria as operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários." (NR)
.....
"Art. 5º .....
§3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários estão dispensadas do envio por unidade federativa de ocorrência dos eventos."
Art. 8º O art. 1º da RN Nº 206, de 2009, passa a vigorar acrescido do seguinte §6º:
"Art. 1º .....
§6º Os §§4º e 5º deste artigo não se aplicam às operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior."
Art. 9º A RN Nº 209, de 2010, passa a vigorar acrescida dos arts. 16-B e 16-C; e com alterações na ementa, no inciso III do §1º e no §3º, ambos do art. 10, no *caput* do art. 16, no *caput* do art. 16-A e nos itens 5 e 7 do Anexo III, conforme a seguinte redação:
"Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde."
"Art. 10.....
§1º .....
.....
III - atenderem aos requisitos relativos ao lastro das Provisões Técnicas por Ativos Garantidores conforme regulamentação específica, exceto quando a eventual insuficiência apurada for decorrente da

[1] A alínea a do parágrafo 1º do art. 5º foi retificada, conforme publicação no DOU em 01/11/2011, seção 1, p. 59.
[2] A alínea a do parágrafo 1º do art. 6º foi retificada, conforme publicação no DOU em 01/11/2011, seção 1, p. 59.

constituição de Provisões Técnicas superiores à 100% (cem por cento) dos valores calculados pela nova metodologia;

.....

§3º Até que haja aprovação da metodologia de cálculo da PEONA, as operadoras deverão observar os valores mínimos constantes dos artigos 16, 16-A, 16-B e 16-C."

"Art. 16. Ressalvado o disposto nos arts. 16-A, 16-B e 16-C, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, as OPS deverão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:" (NR)

"Art. 16-A. As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com mais de 100.000 (cem mil) beneficiários, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, deverão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:" (NR)

.....

§1º-A. Para as OPS com mais de 12 meses de operação, o número de beneficiários corresponde ao apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior.

"Art. 16-B. As operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários, exceto as que atuam sob a modalidade cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, poderão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:

I - 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações/prêmios nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido, exceto aquelas referentes às contraprestações odontológicas; e

II - 10% (dez por cento) do total de eventos indenizáveis na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos 12 (doze) meses, exceto aqueles referentes às despesas odontológicas.

Parágrafo único. Para as OPS com mais de 12 meses de operação, o número de beneficiários corresponde ao apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior."

"Art. 16-C. As operadoras de planos privados de assistência à saúde classificadas nas modalidades cooperativa odontológica ou odontologia de grupo com até 100.000 (cem mil) beneficiários, nos primeiros 12 (doze) meses de operação ou até que haja a aprovação da metodologia de cálculo, poderão constituir valores mínimos de PEONA, observando o maior entre os seguintes valores:

I - 8,5% (oito vírgula cinco por cento) do total de contraprestações odontológicas nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido; e

II - 10% (dez por cento) do total de eventos indenizáveis odontológicos, nos últimos 12 (doze) meses, na modalidade de preço preestabelecido.

Parágrafo único. Para as OPS com mais de 12 meses de operação, o número de beneficiários corresponde ao apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior."

"5. Para fins de cálculo ou de apuração das contraprestações/prêmios a que se referem os artigos 6º, 16, 16-A, 16-B e 16-C da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como contraprestações líquidas/prêmios retidos."

.....

7. Para fins de cálculo ou de apuração dos eventos/sinistros a que se refere o artigo 16, 16-A, 16-B e 16-C da presente Resolução, deverão ser observados os montantes reconhecidos como eventos/sinistros conhecidos ou avisados e suas deduções, exceto as variações de PEONA."

Art. 10. A RN Nº 227, de 2010, passa a vigorar acrescida do §2º-A no art. 2º, do parágrafo único do art. 4º; e com alterações no art. 6º, conforme a seguinte redação:

"Art. 2º.....

.....

§2º-A. Para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com até 100.000 (cem mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, é opcional a vinculação de ativos garantidores para a parcela da Provisão de Sinistros/Eventos a Liquidar referente aos eventos/sinistros que tenham sido avisados nos últimos 60 (sessenta) dias.

....."

"Art. 4º .....

.....

Parágrafo único. As operadoras com até 100.000 (cem mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, deverão encaminhar, por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras - DIOPS, a composição do saldo da Provisão de

Eventos/Sinistros a Liquidar entre eventos/sinistros avisados nos últimos 60 (sessenta) dias e os eventos/sinistros avisados há mais de 60 (sessenta) dias.

"Art. 6º As operadoras poderão lastrear as provisões técnicas referidas no artigo 9º da RN Nº 209, de 2009, com imóveis assistenciais até o limite de 20% dos ativos garantidores, sendo admitido, neste limite, o lastro de até 8% em imóveis operacionais, observadas as definições de imóvel assistencial e de imóvel operacional estabelecidas nos incisos XV e XVI do art. 2º da RN Nº 159, de 2007.

Parágrafo único. Caso a utilização dos imóveis como ativos garantidores das provisões técnicas gere excesso de ativos garantidores vinculados, a operadora só fará jus à liberação desse excesso se for constatado pela DIOPE, no momento da liberação, que:

a) há suficiência de constituição e lastreamento de ativos garantidores da operadora; e

b) a operadora atende integralmente as regras sobre a margem de solvência, de que tratam os artigos 6º e 7º da RN Nº 209, de 22 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou outra norma que venha a substitui-la." (NR)

Art. 11. A IN/DIPRO nº 13, de 2006, passa a vigorar acrescida dos §§3º e 4º no art. 2º; e com alterações no *caput* do art. 2º, conforme a seguinte redação:

"Art. 2º Os reajustes aplicados aos planos coletivos deverão ser informados à ANS pela Internet, por meio de aplicativo RPC, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, ressalvado o disposto nos §§3º e 4º deste artigo. (NR)

.....

§3º As operadoras com até 100.000 (cem mil) beneficiários deverão comunicar os reajustes e as alterações de franquia e co-participação dos contratos coletivos trimestralmente, nos seguintes prazos:

a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subseqüente;[1]

b) os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subseqüente;

c) os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subseqüente; e

d) os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subseqüente.

§4º Para fins do disposto no parágrafo anterior, o número de beneficiários a ser considerado deverá corresponder ao informado no SIB do mês de janeiro imediatamente anterior ao início do trimestre."

Art. 12. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2012, salvo os arts. 3º, 8º, 9º e 10, que entram em vigor na data da sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

[1] A alínea a do parágrafo 3º do art. 11 foi retificada, conforme publicação no DOU em 01/11/2011, seção 1, p. 59.

ANEXO

Anexo V
Modelo de Requerimento de Autorização para Vinculação ou Liberação de Imóveis

(Em papel timbrado da empresa)

ILMO. SR. GERENTE-GERAL DE ACOMPANHAMENTO DAS OPERADORAS E MERCADO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS.

_____, (nome da Operadora) com sede na _____, (rua, avenida, estrada número, complemento) CEP _____-___, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____/____, Inscrição Estadual nº _____, registro ANS sob o nº _____-___, neste ato representada por seu representante legal junto à ANS, _____ (nome do representante), vem, com base nas seguintes justificativas, requerer:

a) ( ) autorização para o proprietário (anexar termo de anuência em caso de o imóvel não ser de propriedade da operadora) providenciar a averbação junto à matrícula do imóvel abaixo descrito no registro de imóveis competente o gravame de sua vinculação à ANS como ativo garantidor, nos termos do parágrafo único do art. 35-L da Lei nº 9.656, de 1998, combinado com o art. 6º da Resolução Normativa nº 227, de 19 de agosto de 2010; ou

b) ( ) autorização para o proprietário (anexar termo de anuência em caso de o imóvel não ser de propriedade da operadora) providenciar perante o registro de imóvel competente a liberação do gravame de vinculação do imóvel abaixo descrito à ANS como ativo garantidor, objeto da averbação nº ____ junto à sua matrícula.

Justificativas:
a) vinculação: _____

b) liberação: _____

Descrição do imóvel:
Trata-se de um(a) _____ (casa, edifício, loja, terreno etc.), classificado(a) como _____ (imóvel operacional/imóvel assistencial), com dimensão total de ____ m², localizado no endereço _____ e registrado sob o nº _____ no _____ (nome do cartório de Registro de Imóveis), matrícula nº ____.

(incluir em caso de imóvel assistencial) O imóvel assistencial é utilizado para o estabelecimento de saúde _____, cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sob o nº _____.

Nestes termos, pede deferimento.
_____, _____ de _____ de ____.
(Cidade, Estado) (Data)

_____
Nome do representante legal da operadora junto à ANS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 275, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2011[1]

Dispõe sobre a Instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; o art. 3º, os incisos V, XV, XXIV e XXXVII do art. 4º, e o inciso II do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 1º de novembro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS.

§1º O QUALISS consiste de um sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de discriminação dos resultados.

§2º Um dos objetivos dos indicadores selecionados é a disseminação de informações sobre a qualidade assistencial:

I - aos beneficiários, visando o aumento de sua capacidade de escolha;

II - aos prestadores, visando o fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e

III - às operadoras de planos privados de assistência à saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais.

CAPÍTULO II
DA ELEGIBILIDADE E DA PARTICIPAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 2º Os prestadores de serviços elegíveis ao QUALISS são aqueles informados através do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS como integrantes da rede assistencial das operadoras.

§1º A ANS divulgará a relação dos prestadores de serviços elegíveis ao QUALISS em seu endereço eletrônico, definindo os tipos de prestadores atingidos a cada etapa do Programa, observado seu caráter incremental.

§2º Os dados cadastrais e estruturais dos prestadores de serviços serão obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS.

Art. 3º É facultado aos prestadores de serviços a participação no QUALISS, ressalvados os casos estabelecidos no parágrafo primeiro do presente artigo.

§1º Nos casos de prestadores de serviços pertencentes à rede própria de operadoras, as referidas operadoras obrigam-se a prestar as informações relevantes para fomentar o uso de indicadores de monitoramento da qualidade assistencial.

§2º Para fins desta Resolução Normativa, entende-se como rede própria, todo e qualquer recurso físico de propriedade da operadora, ou de sociedade controlada pela operadora, ou, ainda, de sociedade controladora da operadora.

CAPÍTULO III
DO SISTEMA DE MEDIÇÃO

Seção I
Dos Domínios a serem Avaliados

[1] Publicada no DOU em 03/11/2011, seção 1, p. 81 e 82.

Art. 4º Os domínios a serem avaliados, que perpassam os indicadores selecionados e que constituem os eixos do QUALISS, com base nas dimensões da qualidade em saúde, são os seguintes:
I - Efetividade - é a medida dos resultados decorrentes da aplicação de uma ou um conjunto de intervenções (métodos de prevenção ou reabilitação, técnicas diagnósticas ou procedimentos terapêuticos), em conformidade com o estado atual do conhecimento científico, tendo em consideração comparações com outras alternativas, e da capacidade de atingir estes resultados para todos os pacientes que podem se beneficiar destas intervenções, indicando o grau em que uma melhoria potencial do cuidado à saúde é na prática atingida em situações reais ou habituais em uma unidade de saúde;[1]
II - Eficiência - é a otimização dos recursos financeiros, tecnológicos e de pessoal para obter os melhores resultados de saúde possíveis, pela eliminação da utilização de recursos sem benefício para os pacientes, redução de desperdício pelo uso excessivo, insuficiente ou inadequado das tecnologias em saúde e redução dos custos administrativos ou de produção;
III - Equidade - é o tratamento adequado dos pacientes, incluindo a presteza do atendimento e a qualidade dos serviços, com base nas necessidades dos pacientes e não em função de suas características pessoais como sexo, raça, idade, etnia, renda, educação, deficiência, orientação sexual ou local de residência;
IV - Acesso - é a capacidade de o paciente obter cuidado à saúde de maneira fácil e conveniente, sempre que necessitar, mais especificamente, pode ser entendido como a possibilidade de obter serviços necessários no momento e local adequados em quantidade suficiente e a um custo razoável.
V - Centralidade no paciente - é o domínio que considera o respeito às pessoas por aqueles que ofertam os serviços de saúde, orientando-os para o usuário, incluindo respeito aos seus valores e expectativas, atendimento com dignidade e cortesia, confidencialidade das informações, direito à informação ou autonomia, pronta atenção e conforto, além da escolha do provedor do cuidado; e
VI - Segurança - é a capacidade de controlar o risco potencial de uma intervenção, ou do ambiente do serviço de saúde, de causar danos ou prejuízos tanto para o paciente quanto para outras pessoas, incluindo os profissionais de saúde.

Seção II
Da Relevância dos Indicadores

Art. 5º Cada indicador será categorizado por relevância em:
I - Essencial - indicador de qualidade com informação obrigatória, para todos os prestadores de serviços participantes do QUALISS, de acordo com sua estrutura e serviços ofertados; e
II - Recomendável - indicador de qualidade com informação esperada, para todos os prestadores de serviços participantes do QUALISS, de acordo com sua estrutura e serviços ofertados.

Seção III
Do Ciclo de Vida dos Indicadores

Art. 6º A construção do sistema de medição para avaliar a qualidade dos prestadores de serviços será efetuada nos seguintes estágios que determinam o ciclo de vida dos indicadores:
I - Planejamento (Estágio 1 - E.1): estágio de elaboração e debate no Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial - COTAQ, instituído pela RN nº 267, de 24 de agosto de 2011;[2]
II - Avaliação controlada (E.2): estágio de validação da qualidade, confiabilidade e viabilidade em um conjunto piloto de prestadores de serviços;
III - Generalização do uso (E.3): estágio de utilização em todos os prestadores de serviços; e
IV - Descontinuado (E.4): estágio de suspensão da utilização no QUALISS.

Seção IV
Dos Indicadores

[1] O inciso I do art. 4º foi retificado, conforme publicação no DOU de 17/02/2012, seção 1, p. 58.
[2] O inciso I do art. 6º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 350/2014.

Art. 7º A avaliação da qualidade dos prestadores de serviços será feita com base em indicadores propostos pelo COTAQ, aprovados e formalizados pela ANS em fichas técnicas específicas, que conterão, no mínimo, os seguintes elementos:[1]
I - nome do indicador;
II - sigla do indicador;
III - conceituação;
IV -domínio do indicador;
V -relevância do indicador;
VI - estágio do ciclo de vida do indicador;
VII - método de cálculo com fórmula e unidade;
VIII - definição de termos utilizados no indicador:
a) numerador
b) denominador
IX - interpretação do indicador;
X - periodicidade de compilação e apuração dos dados;
XI - público-alvo;
XII - usos;
XIII - parâmetros, dados estatísticos e recomendações;
XIV - fontes dos dados;
XV - ações esperadas para causar impacto no indicador;
XVI - limitações e vieses; e
XVII - referências.
Parágrafo único. Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, publicar as fichas técnicas específicas dos indicadores.

Seção V
Da Divulgação dos Indicadores

Art. 8º O QUALISS refletirá a avaliação sistemática dos resultados dos indicadores individualizados por prestador e coletivamente, para obtenção de medidas de tendência central e de outros parâmetros estatísticos, e promoverá a divulgação pública dos resultados, por meio da rede mundial de computadores (internet), contribuindo para o aumento do poder de escolha dos beneficiários de planos de saúde.
§1º Os dados brutos e outras informações necessárias ao cálculo dos indicadores serão previamente disponibilizados pela ANS de forma individualizada ao próprio prestador para que este possa realizar as devidas correções que entender pertinentes, reencaminhando os dados e as informações corrigidas à ANS com as devidas justificativas.
§2º A ANS analisará a pertinência das justificativas para as correções realizadas, informando ao prestador o acatamento ou a rejeição das mesmas.
§3º Os resultados dos indicadores serão divulgados respeitando-se as diferenças, limitações e especificidades locorregionais entre os prestadores de serviço.
§4º Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, editar os procedimentos operacionais necessários à divulgação dos resultados dos indicadores.

Seção VI
Da Verificação dos Indicadores

Art. 9º O resultado obtido em cada um dos indicadores, por cada prestador, ou pelo conjunto e categoria de prestadores, poderá ser objeto de auditoria ou outro método de verificação, inclusive in loco, pela ANS ou por entidade por ela designada, com base em parâmetros elaborados no COTAQ.[2]
Parágrafo único. Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, editar os atos necessários ao cumprimento do disposto no *caput* deste artigo.

[1] O *caput* do art. 7º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 350/2014**.**

[2] O *caput* do art. 9º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 350/2014**.**

CAPÍTULO IV
DO ENVIO DAS INFORMAÇÕES

Art. 10. Fica instituído o Documento de Informações Periódicas dos Prestadores de Serviços - DIPRS/ANS, em linguagem de marcação de dados XML (Extensible Markup Language).
§1º Os prestadores de serviços participantes do QUALISS e as operadoras que possuem rede própria de prestadores devem utilizar o DIPRS/ANS para envio dos dados necessários ao cálculo dos indicadores à ANS.
§2º O DIPRS/ANS e o respectivo Manual de Orientação estarão disponíveis na página da ANS na internet: www.ans.gov.br.
§3º O envio do DIPRS à ANS não exime os prestadores de serviços da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS, nos limites de sua competência, vier a requisitar.
§4º Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, editar os atos necessários ao cumprimento do disposto no *caput* deste artigo.
Art. 11. A ANS determinará, após consulta ao COTAQ, os prazos para envio do DIPRS/ANS pelos prestadores de serviço participantes.[1]
Parágrafo único. Os prazos a que se refere o *caput* deste artigo serão disciplinados por meio de Instrução Normativa a ser editada pela DIDES.
Art. 12. O DIPRS/ANS somente poderá ser enviado por meio da rede mundial de computadores (Internet).

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Eventuais casos omissos nesta Resolução Normativa deverão ser submetidos à Diretoria Colegiada, que decidirá acerca dos procedimentos a serem adotados.
Art. 14. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O *caput* do art. 11 foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 350/2014**.**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 276, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2011[1]

Estabelece procedimentos a serem observados nos inquéritos administrativos aplicados à liquidação extrajudicial das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por força do art. 24-D, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto na alínea "d" do inciso XLI, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no parágrafo 6º do artigo 24-A e artigos 24-D e 26, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nos artigos 41 a 45, da Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961 de 2000, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa estabelece os procedimentos a serem observados nos inquéritos administrativos a que aludem os artigos 41 a 45 da Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, aplicados à liquidação extrajudicial das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por força do art. 24-D, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º O inquérito é procedimento de natureza investigatória e instrumental, limitado a constituir substância informativa.

Art. 3º São administradores, para efeitos do inquérito, todos aqueles que tenham exercido, inclusive de fato, a administração da Operadora.

Parágrafo único. Para fins de identificação dos administradores tomar-se-á por base aqueles identificados no curso da direção fiscal ou na decretação da liquidação extrajudicial.

CAPÍTULO II
DO INQUÉRITO

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 4º Decretada a liquidação extrajudicial, a falência ou a insolvência civil da Operadora, a ANS procederá a inquérito a fim de apurar as causas que levaram a Operadora àquela situação e a responsabilidade de seus administradores e membros do Conselho Fiscal.

Parágrafo único. Considera-se período de apuração dos fatos aquele referente aos 5 (cinco) anos anteriores à decretação da liquidação extrajudicial, falência ou insolvência.

Art. 5º No inquérito a ANS poderá:

I - examinar, quando e quantas vezes julgar necessário, a contabilidade, os arquivos, os documentos, os valores e demais elementos da Operadora;

II - tomar depoimentos, preferencialmente por escrito:

a) quando por escrito, será formalizado por meio de ofício, do qual constarão os quesitos formulados, e respondido no prazo de 5 (cinco) dias, a contar da data de recebimento; e

b) quando presencial, será realizado, preferencialmente, nas dependências da ANS, na localidade onde se desenvolvem os trabalhos de apuração, precedido de intimação com tal finalidade.

III - solicitar informações aos ex-administradores ou a qualquer autoridade ou repartição pública, ao juiz da falência ou da insolvência civil, ao Ministério Público, ao administrador judicial ou ao liquidante; e

IV - examinar os autos da falência ou insolvência civil e obter, mediante solicitação escrita, cópias ou certidões de peças desses autos.

[1] Publicada no DOU em 04/11/2011, seção 1, p. 31 e 32.

Seção II
Das Etapas do Inquérito

Art. 6º O inquérito é constituído exclusivamente das seguintes etapas:
I - abertura do inquérito;
II - instrução processual;
III- intimação dos ex-administradores da operadora da abertura do inquérito;
IV - Relatório Preliminar de Apuração;
V - intimação dos ex-administradores da operadora para alegações;
VI - diligências finais, se necessárias;
VII - Relatório de Conclusão do Inquérito; e
VIII - encerramento do inquérito.

Subseção I
Da Abertura

Art. 7º O inquérito será aberto imediatamente à decretação da liquidação extrajudicial, ou ao recebimento da comunicação da falência ou insolvência civil.
Parágrafo único. O inquérito será concluído dentro de 120 (cento e vinte) dias, prorrogáveis, se absolutamente necessário, por igual prazo.

Subseção II
Da Instrução

Art. 8º O inquérito será instruído com os seguintes documentos, referentes à Operadora, relativos ao período de apuração:
I - relatórios do diretor fiscal e do diretor técnico;
II - relatórios de análise econômico-financeira e de Planos de Recuperação ou de Programas de Saneamento existentes na ANS;
III - balanços e balancetes patrimoniais e demonstrações financeiras existentes na ANS ou apresentados pelo diretor fiscal ou pelo liquidante;
IV - relatórios de auditoria;
V - livros contábeis;
VI - certidões de protesto de títulos, ações judiciais e administração fazendária;
VII - atos societários; e
VIII - outros documentos absolutamente necessários à conclusão do inquérito.
§1º Os documentos serão requeridos aos órgãos competentes da ANS, que atenderão no prazo de 10 (dez) dias úteis.
§2º Eventual inexistência de documento previsto nos incisos do *caput*, ou impossibilidade de sua localização, será consignada e justificada no Relatório.

Subseção III
Da intimação da Abertura do Inquérito

Art. 9º Os ex-administradores da Operadora serão intimados, por ofício, para acompanhar o inquérito, oferecer documentos, indicar diligências, que serão acatadas a critério da ANS; bem como para, querendo, apresentar suas declarações de bens, dos últimos 5 (cinco) anos.

Subseção IV
Do Relatório Preliminar de Apuração

Art. 10. No Relatório Preliminar de Apuração serão analisados os documentos previstos nos arts. 8º e 9º, a fim de promover uma avaliação especifica sobre a administração e a evolução da situação econômico-financeira da Operadora, identificando:
I - situação da Operadora com o exame da sua administração, referente ao período de apuração, contendo:
a) a qualificação e a identificação dos ex-administradores por gestão;

b) as atribuições dos órgãos sociais e dos cargos diretivos; e
c) a evolução do capital social e as alterações ocorridas no controle, direto e indireto, da Operadora;
II - os índices de liquidez, sinistralidade e solvência;
III - a estrutura de capital e a relação entre recursos próprios e de terceiros;
IV - a composição do Ativo e do Passivo;
V - as receitas, as despesas e o resultado;
VI - as causas da queda;
VII - a identificação e a relação dos bens particulares, quando apresentada, dos ex-administradores responsáveis pela gestão da Operadora no período de apuração; e
VIII - o montante ou a estimativa dos prejuízos apurados em cada gestão, para fins de aplicação do disposto no §6º do art. 24-A da Lei nº 9.656/1998.
§1º Considera-se gestão ou mandato o período durante o qual o ex-administrador integrou o quadro diretivo ou o conselho da Operadora.
§2º Eventual impossibilidade de identificação específica dos aspectos descritos nos incisos deste artigo será consignada e justificada no Relatório.
§3º Eventuais indícios de gestão ineficiente, incompetente ou temerária, organização deficiente da operadora, ou de prática de ato previsto no art. 26 da Lei 9.656 de 1998, serão relatados em conjunto com os demais itens previstos nos incisos deste artigo.

Subseção V
Da Intimação para Alegações

Art. 11. Concluída a apuração com a elaboração do Relatório Preliminar de Apuração, os ex-administradores da Operadora serão intimados, por ofício, a apresentarem, por escrito, suas alegações e explicações no prazo de 5 (cinco) dias, comum para todos.
Parágrafo único. Alegações e explicações que possam ter reflexos na apuração dos prejuízos por gestão deverão vir acompanhadas de documentação hábil; caso não haja prova das alegações, elas serão desconsideradas para fins de elaboração do Relatório de Conclusão do Inquérito.

Subseção VI
Das Diligências Finais

Art. 12. Se os ex-administradores apresentarem alegações e explicações relevantes, cujo exame possa modificar as conclusões até então alcançadas, poderão ser realizadas diligências complementares, a critério da ANS, a fim de aferir sua veracidade.

Subseção VII
Do Relatório de Conclusão do Inquérito

Art. 13. Transcorrido o prazo para apresentação das alegações, com ou sem defesa, será elaborado o Relatório de Conclusão do Inquérito o qual considerará a existência ou não de fatos supervenientes capazes de modificar o Relatório de Apuração Preliminar:
I - em não havendo, deverá ratificar o relatório de apuração preliminar; ou
II - em havendo, deverá acrescer os novos elementos, especificando, sumariamente, as seguintes informações:
a) situação da Operadora com o exame da sua administração, referente ao período de apuração;
b) as causas da queda;
c) a identificação e a relação dos bens particulares, quando apresentada, dos ex-administradores que participaram da gestão da Operadora no período de apuração; e
d) o montante ou a estimativa dos prejuízos apurados em cada gestão.
Parágrafo único. Eventual impossibilidade de identificação específica das informações constantes do inciso II deste artigo será consignada e justificada no Relatório.

Subseção VIII
Do Encerramento do Inquérito

Art. 14. O inquérito será submetido à apreciação da DICOL.

Art. 15. Se o inquérito concluir pela inexistência de prejuízo será, nos casos de liquidação extrajudicial, arquivado na ANS, ou, de falência ou insolvência civil, remetido ao juízo competente.
Parágrafo único. Na hipótese prevista neste artigo, a ANS determinará, nos casos de liquidação extrajudicial, de ofício ou a requerimento de qualquer interessado, o levantamento da indisponibilidade de bens.
Art. 16. Concluindo o inquérito pela existência de prejuízos, este será remetido pela ANS ao juízo da falência ou da insolvência civil, ou ao que for competente para decretá-la, comunicando o fato ao Ministério Público Estadual.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17. O direito de acompanhar o inquérito e requerer diligências é restrito aos ex-administradores e a seus procuradores legalmente constituídos, podendo ter vista dos autos nas dependências da ANS, na localidade onde se desenvolvem os trabalhos de apuração.
Parágrafo único. Esse direito não confere a prerrogativa de interferir nos atos e diligências a cargo da ANS.
Art. 18. Na hipótese de indícios de prática de ato previsto no art. 26 da Lei 9.656, de 1998, a pessoa responsável será intimada na forma dos artigos 9º e 11, e terá o direito previsto no art. 17.
Art. 19. A colaboração do liquidante e de todos os servidores e órgãos da ANS durante o inquérito, em especial no que diz respeito ao levantamento dos fatos contábeis, relatórios de análise econômico-financeira, balanços e balancetes patrimoniais, demonstrações financeiras e qualquer outra informação, deve ser irrestrita.
Parágrafo único. Os agentes previstos no *caput* devem prestar todas as informações requisitadas, dentro do prazo fixado, bem como encaminhar todos os documentos necessários ao bom andamento dos trabalhos de apuração.
Art. 20. O procedimento administrativo de que trata esta Resolução restringe-se a apurar as causas que levaram a sociedade à situação de liquidação extrajudicial, falência ou insolvência e a responsabilidade de seus administradores e membros do Conselho Fiscal, em sendo necessária a apuração de fato diverso, deverão ser efetuadas as providências administrativas pertinentes de forma apartada ao inquérito.
Art. 21. As solicitações formuladas pela ANS a órgãos externos serão instruídas com pedido de prazo de 10 (dez) dias úteis para atendimento, admitida uma reiteração.
Art. 22. Na hipótese de liquidação de pessoa jurídica por força do artigo 51 da Lei nº 6.024, de 1974, a apuração de responsabilidades e causas da queda se restringirá à operadora, não cabendo apurar condição unicamente relativa à pessoa jurídica que tenha com aquela integração de atividade ou vínculo de interesse.
Parágrafo único. A apuração de responsabilidades e causas da queda da operadora alcança a conduta dos administradores da pessoa jurídica referida no *caput* deste artigo, que tenha comprovadamente contribuído para tanto.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. As disposições desta Resolução aplicam-se aos inquéritos em curso, no que couber.
Art. 24. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 277, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2011[1]

Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os arts. 4º, incisos XV, XXIV e XXXVII, e 10, inciso II, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; art. 86, inciso II, alínea "a" da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião ordinária realizada em 18 de outubro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta resolução institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS, com o objetivo de incentivar a melhoria continuada na qualidade assistencial da saúde suplementar.

Art. 2º Para efeitos desta resolução, considera-se:

I - Programa de Acreditação de OPS: processo voluntário de avaliação da adequação e eficiência dos serviços disponibilizados pelas OPS, realizado por entidades acreditadoras;

II - certificado de acreditação: documento emitido pela Coordenação Geral de Acreditação - CGCRE do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO, reconhecendo formalmente que um organismo de certificação atende a requisitos previamente definidos e demonstra possuir competência para executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

III - homologação: ato pelo qual a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da ANS autoriza um organismo de certificação, com certificado de acreditação válido e emitido pela CGCRE do INMETRO, a atuar como entidade acreditadora das OPS;

IV - entidades acreditadoras: são pessoas jurídicas de direito público ou privado que receberam o certificado de acreditação emitido pela CGCRE do INMETRO e foram homologadas pela DIOPE; e

V - certidão de acreditação: documento com prazo de validade, emitido por uma entidade acreditadora, após a aplicação do Programa de Acreditação em uma OPS, que estabelece em três níveis o padrão de qualidade encontrado, desde que alcançada uma pontuação final mínima.

CAPÍTULO II
DO CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

Seção I
Do Certificado de Acreditação

Art. 3º Cabe a CGCRE do INMETRO realizar processo avaliativo para reconhecer a competência dos organismos de certificação que pretenderem executar o Programa de Acreditação de OPS, em conformidade com todos os requisitos estabelecidos pela CGCRE do INMETRO e pela ANS.

§1º O reconhecimento de competência técnica de que trata o *caput* será feito por meio da expedição do certificado de acreditação, que deverá ser renovado na periodicidade determinada pela CGCRE do INMETRO.

§2º Além do certificado de acreditação, será emitida documentação acessória onde constará expressamente que o organismo de certificação possui competência para aplicar o Programa de Acreditação de OPS previsto nesta Resolução.

[1] Publicada no DOU em 07/11/2011, seção 1, p. 101 e 102.

Seção II
Da Homologação

Art. 4º Somente serão homologadas pela DIOPE como entidades acreditadoras, os organismos de certificação que:
I - possuírem representação no Brasil;
II - possuírem manual, ou documento equivalente, que contenha a descrição detalhada da metodologia desenvolvida pelo respectivo organismo de certificação para a avaliação dos graus de conformidade dos itens constantes do Programa de Acreditação de OPS, estabelecidos no Anexo III desta Resolução;
III - possuírem certificado de acreditação e documentação acessória, conforme disposto nos §§1º e 2º do art. 3º, ambos válidos e emitidos pela CGCRE do INMETRO, salvo se o pedido de homologação for efetuado durante o período transitório previsto no art. 22; e
IV - cumprirem as demais exigências previstas nesta Resolução.
§1º Apenas os organismos de certificação que receberem a homologação da ANS serão reconhecidos como entidades acreditadoras aptas a executar o Programa de Acreditação de OPS e a emitir a certidão de acreditação.
§2º A homologação será publicada no Diário Oficial da União - DOU e será válida pelo tempo previsto no certificado de acreditação, salvo na hipótese prevista no artigo 22 desta Resolução.
Art. 5º O organismo de certificação deverá enviar envelope lacrado para a DIOPE, localizada na Av. Augusto Severo, nº 84 - 8º andar, Glória, CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, com o requerimento de homologação, acompanhado da seguinte documentação:
I - documento indicando formalmente um representante perante a ANS e o cargo que ocupa na instituição;
II - cópia autenticada do cartão de registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica e do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos membros da diretoria e dos conselhos de administração, fiscal e afim, quando houver, ambos fornecidos pela Receita Federal;
III - cópia autenticada dos seus atos constitutivos e alterações, registrados no órgão competente; e
IV - cópia autenticada do seu certificado de acreditação e de documentação complementar, de acordo com o disposto no §2º do art. 3º, observado o estabelecido nos artigos 22 e 23 desta Resolução; e
V - cópia autenticada do documento previsto no inciso II do art. 4º, de acordo com o modelo constante no Anexo IV desta Resolução.
§1º O requerimento de homologação também deverá conter o endereço completo do organismo de certificação, números de telefone e outros dados para contato, tais como e-mail e número de FAX.
§2º Deverá constar, do lado externo do envelope especificado no *caput*, "ACREDITAÇÃO DE OPS – REQUERIMENTO DE HOMOLOGAÇÃO".
Art. 6º A cada renovação do certificado de acreditação, o organismo de certificação deverá enviar novo requerimento à DIOPE com vistas a obter nova homologação, de acordo com o previsto nos artigos 4º e 5º desta Resolução.
Art. 7º A qualquer tempo, a homologação será anulada pela DIOPE na hipótese de ocorrência de fraude ou revogada, no caso de descumprimento das exigências previstas nesta Resolução.
Parágrafo único. A anulação da homologação será publicada no D.O.U.

CAPÍTULO III
DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPS

Seção I
Do Funcionamento

Art. 8º As OPS poderão, voluntariamente, se submeter ao Programa de Acreditação de OPS, executado por uma entidade acreditadora de sua escolha.
§1º A OPS que desejar se submeter ao programa de acreditação de OPS deverá verificar previamente a situação da instituição escolhida para executar o Programa, mediante verificação da validade do certificado de acreditação e da documentação acessória, bem como a situação de homologação feita pela ANS.
§2º Somente receberão a certidão de acreditação, as OPS que atenderem aos requisitos do Programa de Acreditação de OPS.

§3º As entidades acreditadoras deverão, no prazo de até 10 (dez) dias do final do processo avaliativo, enviar relatório à ANS, no qual conste o desempenho da OPS submetida ao Programa de Acreditação, bem como cópia da certidão de acreditação, quando houver.
§4º A ANS dará conhecimento aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, por meio de divulgação em seu sítio www.ans.gov.br, da lista de OPS que receberem a certidão de acreditação.
§5º O relatório de que trata o §3º não será divulgado pela ANS, em nenhuma hipótese, sendo utilizado apenas para a realização de estudos referentes à qualidade da saúde suplementar.
Art. 9º Não poderão se submeter ao Programa de Acreditação as operadoras que estiverem em regime de direção fiscal, direção técnica ou em plano de recuperação perante a ANS.
Art. 10. As OPS que veicularem material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por organismo de certificação que não tenha obtido previamente a homologação da DIOPE, estarão sujeitas às penalidades previstas na regulamentação setorial em vigor.

Seção II
Do Programa de Acreditação

Art. 11. O Programa de Acreditação de OPS consiste em uma série de itens, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora, de acordo com o Anexo III.
§1º A entidade acreditadora escolhida pela operadora executará o Programa de Acreditação e confrontará o padrão de cada um dos itens com o padrão encontrado na operadora, sendo então aferido o grau de conformidade que a operadora apresenta em relação a cada um dos itens.
§2º O Programa de Acreditação de OPS será sempre aplicado na íntegra, sendo vedada a sua aplicação parcial, mesmo nos casos em que a operadora já tenha sido anteriormente submetida ao Programa.

Seção III
Do Sistema de Pontuação

Art. 12. A entidade acreditadora deverá obedecer aos critérios de pontuação estabelecidos nesta Resolução, quando da aplicação do Programa de Acreditação.
Art. 13. Para cada dimensão será atribuída uma nota - D, calculada pela média aritmética da pontuação dos itens, onde deverá ser atingida uma pontuação mínima pela operadora, caso contrário, não haverá aprovação, independentemente da nota final - NF.
Art. 14. A NF obtida pela OPS corresponderá ao cálculo da média ponderada das notas obtidas em cada dimensão.
Art. 15. A média será ponderada pelos respectivos pesos atribuídos às dimensões.
Art. 16. A metodologia de cálculo prevista nos artigos 13, 14 e 15 encontra-se no Anexo II desta resolução.
Art. 17. Ficam definidos os seguintes graus de conformidade de um item, para fins de avaliação:
I - total;
II - parcial;
III - não existente.
Art. 18. Para a aplicação do sistema de pontuação, ficam assim determinados os graus de conformidade, para efeitos de avaliação de cada item constante das dimensões:
I - total: o item é avaliado como implantado em pelo menos 90% (noventa por cento) há, no mínimo, 12 (doze) meses;
II - parcial: o item é avaliado como implantado de 50% (cinqüenta por cento) a 89% (oitenta e nove por cento) há, no mínimo, 6 (seis) a 11 (onze) meses;
III - não existente: o item é avaliado como implantado abaixo de 50% (cinqüenta por cento) ou há menos de 6 (seis) meses.
Parágrafo único. Para a determinação do grau de conformidade prevalecerão os prazos previstos nos incisos deste artigo, ainda que o percentual de implantação de determinado item seja alcançado anteriormente a esses prazos.
Art. 19. Para cada item avaliado, serão atribuídos os seguintes pontos, de acordo com o grau de conformidade verificado na operadora pela entidade acreditadora:
I - total: 10 (dez) pontos;

II - parcial: 5 (cinco) pontos;
III - não existente: 0 (zero) pontos.
Parágrafo único. O grau de conformidade de cada item avaliado será verificado mediante análise documental e/ou observação direta ou inspeção.
Art. 20. Ficam definidas, no Anexo III da presente Resolução, as dimensões e seus respectivos itens que deverão ser usados pelas entidades acreditadoras no processo de avaliação das OPS, quando da aplicação do Programa de Acreditação.
Art. 21. As certidões de acreditação serão emitidas em três níveis, de acordo com a pontuação final obtida pela OPS:
I - certidão nível I: para as OPS que obtiverem NF entre 90 (noventa) e 100 (cem) pontos;
II - certidão nível II: para as OPS que obtiverem NF entre 80 (oitenta) e 89 (oitenta e nove) pontos; ou
III - certidão nível III: para as OPS que obtiverem NF entre 70 (setenta) e 79 (setenta e nove) pontos.
Parágrafo único. As certidões nível II e nível III terão prazo de validade de no mínimo 2 (dois) e no máximo 3 (três) anos e a certidão nível I será válida por no mínimo 3 (três) e no máximo 4 (quatro) anos.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 22. Da data da publicação desta Resolução até 2 de maio de 2013, os organismos de certificação que pretenderem executar o Programa de Acreditação de OPS estarão dispensados da apresentação do certificado de acreditação e da documentação acessória, emitidos pela CGCRE do INMETRO para efeitos da homologação.
Art. 23. A partir de 3 de maio de 2013, será obrigatória, para a homologação, a apresentação do certificado de acreditação e da documentação acessória, emitidos pela CGCRE do INMETRO, mesmo para aquelas entidades acreditadoras cujos requerimentos já tenham sido homologados anteriormente pela DIOPE.
Parágrafo único. No caso de não apresentação dos referidos documentos, por parte dos organismos de certificação, as homologações deferidas anteriormente à data estabelecida no *caput* serão automaticamente revogadas.
Art. 24. A homologação feita na forma do art. 22 será publicada no Diário Oficial da União - DOU e será válida até 2 de maio de 2013 e, após o cumprimento do disposto no art.23, pelo tempo previsto no certificado de acreditação.

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. A Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:
"Art. 74-D. Veicular material publicitário ou propaganda, por qualquer meio, com menção a processo de acreditação, certidão de acreditação ou documento similar, que tenha sido executado ou emitido, respectivamente, por organismo de certificação que não tenha obtido previamente a homologação da DIOPE.
Sanção - advertência
multa de R$ 80.000,00."
Art. 26. Os Anexos desta Resolução estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.
Art. 27. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 278, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011[1]

Institui o programa de conformidade regulatória e altera a Resolução Normativa Nº 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, e a Resolução Normativa Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do artigo 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto Nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, tendo em vista o disposto nos artigos 1º, 3º, 4º e 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no artigo 35-A da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e na alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa (RN) Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de outubro de 2011 adotou a seguinte resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DO OBJETO

Art. 1º Esta resolução institui o programa de conformidade regulatória e revoga dispositivos e altera a RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, e a RN Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar.

Parágrafo único. Todas as operadoras têm o direito de participar do programa referido no *caput*, desde que estejam em situação regular perante a ANS.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Das Definições

Art. 2º Para fins desta resolução, considera-se:

I - programa de conformidade regulatória: o programa destinado a promover a responsabilidade regulatória e incentivar o aprimoramento da gestão das operadoras;

II - requerimento de adesão: o documento, elaborado nos termos e na forma do anexo I, por meio do qual a operadora expressa a intenção de aderir ao programa de conformidade regulatória, declara e comprova que se encontra em situação regular perante a ANS;

III - situação regular: a situação da operadora que atender todos os requisitos exigidos no art. 4º;

IV - informações periódicas: cada espécie de informação ou documento que deva ser regularmente enviado à ANS e que esteja indicado no inciso VII do art. 4º;

V - competência: o período de apuração da obrigação a ser satisfeita perante a ANS;

VI - benefícios: as medidas indicadas no art. 3º;

VII - livre movimentação: faculdade de movimentar ativos garantidores vinculados sem prévia autorização da ANS;

VIII - ativos garantidores: os bens assim definidos no inciso II do art. 2º da RN Nº 159, de 3 de julho de 2007, ou por outra resolução que venha a sucedê-la, que atendam às exigências da regulamentação em vigor;

[1] Publicada no DOU em 18/11/2011, seção 1, p. 90 e 91.

IX - provisões técnicas: os valores contabilizados no passivo e que devem refletir as obrigações presentes decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde, conforme indicado no art. 9º da RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009;[1] e
X - risco de inadimplência da administradora de benefícios: risco assumido pela operadora de planos de saúde que atue sob a modalidade de administradora de benefícios, a ser objeto de constituição de ativo garantidor, conforme indicado na RN Nº 203, de 1º de outubro de 2009, que dispõe sobre os ativos garantidores das administradoras de benefícios, regulamentada pela Instrução Normativa - DIOPE Nº 33, de 5 de outubro de 2009, ou outras que venham a substitui-las.

Seção II
Dos Benefícios do Programa

Art. 3º A adesão ao programa de conformidade regulatória dar-se-á por opção da operadora, que fará jus aos seguintes benefícios:
I - parcelar a vinculação e custódia, a partir de 1º de julho de 2012, na proporção cumulativa mínima mensal de 1/24 (um vinte e quatro avos), os ativos garantidores da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, na forma da RN Nº 227, de 2010;[2] e
I-A - em 01 de outubro de 2013, a parcela dos ativos garantidores da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar a ser vinculada e custodiada, na forma da RN Nº 227, de 2010, será de 16/24 (dezesseis vinte e quatro avos), acumulando mensalmente, a partir dessa data, a parcela adicional de 1/24 (um vinte e quatro avos);[3] e
II - movimentar livremente os ativos garantidores dos segmentos de aplicação de renda fixa e de renda variável vinculados das provisões técnicas, de que trata a RN Nº 209, de 2009, ou do risco de inadimplência da administradora de benefícios referido no art. 1º, §1º, da RN Nº 203, de 2009, após 150 (cento e cinquenta) dias contados da data de início de vigência desta resolução.
Parágrafo único. A livre movimentação dos ativos garantidores de que trata o inciso II será monitorada pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).
Art. 3º-A A operadora que aderir ao programa de conformidade regulatória e possuir o Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS maior ou igual a 0,90, conforme fórmula abaixo descrita, fará jus à desobrigação do lastro e vinculação de ativos garantidores correspondentes ao saldo das Provisões de Eventos/Sinistros a Liquidar originados do ressarcimento ao SUS:[4]

Índice de Adimplência de Ressarcimento ao SUS:
Valores Pagos + Valores em Parcelamento
Valores Cobradoso

§1º Os critérios para apuração do Índice referido no *caput* serão os seguintes:
I - Valores Pagos: corresponde a soma de valores originais de GRUs efetivamente quitados pelas operadoras, seja por meio de pagamento direto ou conversão em renda.
II - Valores em Parcelamento: corresponde a soma de valores originais das GRUs que compõem parcelamentos deferidos; e
III - Valores Cobrados: corresponde a soma de valores originais das GRUs de ressarcimento ao SUS.
§2º A ANS divulgará mensalmente em seu endereço eletrônico na Internet o Índice apurado para cada operadora.
§3º Os valores relacionados a impedimentos judiciais ou suspensos por depósito judicial não serão considerados no numerador.[5]

[1] O inciso IX do art. 2º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[2] O inciso I do art. 3º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[3] O inciso I-A do art. 3º foi incluído, conforme art. 4º da RN nº 329/2013.
[4] O art. 3-A foi incluído, conforme art. 4º da RN nº 329/2013.
[5] Os parágrafos 1º, 2º e 3º foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.

Seção III
Dos Requisitos Para Adesão ao Programa

Art. 4º Para participar do programa de conformidade regulatória a operadora deverá requerer sua adesão, nos termos e na forma do anexo I, e se encontrar em situação regular quanto à obrigação de:
I - atendimento das regras contábeis e das exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência e de contabilização das provisões técnicas;
II – contabilização dos ativos garantidores em montante suficiente para lastrear todas as provisões técnicas ou o risco de inadimplência da administradora de benefícios, considerando, inclusive, o disposto no art. 3ºA;[1]
III - ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);
IV - pagamento das multas pecuniárias aplicadas pela ANS;
V - pagamento da Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência à Saúde - TPS;
VI - pagamento das parcelas dos débitos referente ao ressarcimento ao SUS, à TPS e às multas pecuniárias aplicadas pela ANS, parcelados nos termos e na forma da regulamentação setorial em vigor;[2]
VII - envio das seguintes informações periódicas:[3]
a) demonstrações contábeis e parecer de auditoria independente;
b) Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS);
c) dados do Sistema de Informações de Produtos (SIP); e
d) dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).
§1º Considera-se em situação regular quanto às obrigações previstas nos incisos III, IV e V a operadora contra a qual a ANS não possui valores exigíveis após esgotada a fase administrativa de constituição dos créditos fiscais.
§2º No caso de pendência de processo judicial que tenha como objeto as obrigações de que tratam os incisos III, IV e V deste artigo, a operadora fará jus aos benefícios previstos nos incisos I, I-A e II do art. 3º se a exigibilidade do crédito estiver suspensa, mediante depósito do seu montante integral.[4]
§3º Na hipótese do §2º, a comprovação do respectivo depósito judicial dar-se-á pela juntada do comprovante de depósito no processo judicial e respectiva intimação à ANS.[5]
Art. 5º A adesão ao programa deverá ser requerida dentro dos prazos descritos abaixo, sendo vedado o ingresso após o seu encerramento:[6]
I - de 1º de fevereiro de 2012 a 30 de abril de 2012;
II - de 1º de junho a 31 de julho de 2013.
Parágrafo único. A DIOPE disporá de 60 (sessenta) dias, contados a partir do dia seguinte aos prazos acima mencionados, para analisar o requerimento de adesão e comunicar a operadora do seu deferimento ou indeferimento.

Seção IV
Da Suspensão dos Benefícios

Art. 6º O benefício referido no inciso II do art. 3º será suspenso pelo Diretor da DIOPE quando for constatada a prática, pela operadora, de qualquer uma das seguintes condutas, sintetizadas no anexo II:
I - descumprir a obrigação de atender as regras contábeis e as exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência e de contabilização das provisões técnicas;
II - descumprir a obrigação de contabilizar, vincular e custodiar os ativos garantidores das provisões técnicas ou do risco de inadimplência da administradora de benefícios, observados os critérios de diversificação exigidos na regulamentação vigente;
III - atrasar o pagamento de alguma dívida, objeto de cobrança administrativa, referente ao ressarcimento ao SUS;
IV - atrasar o pagamento de alguma dívida, objeto de cobrança administrativa, referente às multas pecuniárias aplicadas pela ANS;

---

[1] O inciso II do art. 4º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[2] Os incisos V e VI do art. 4º foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 294/2014.
[3] O inciso VII do art. 4º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[4] O §2º do art. 4º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[5] O § 3º do art. 4º foi incluído pela RN nº 294/2012 e alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013
[6] O art. 5º foi alterado integralmente, conforme art. 4º da RN nº 329/2013.

V - atrasar o pagamento de alguma dívida, objeto de cobrança administrativa, referente à TPS;[1]
VI - atrasar o pagamento de alguma dívida, objeto de cobrança administrativa, referente às parcelas de débitos de ressarcimento ao SUS, de taxa de saúde suplementar ou de multa pecuniária aplicada pela ANS, parcelados nos termos e na forma da regulamentação setorial em vigor;
VII - enviar intempestivamente as demonstrações contábeis ou o parecer de auditoria independente;[2]
VIII - enviar intempestivamente o DIOPS;
IX - enviar intempestivamente os dados do SIP em 2 (duas) competências no período de 360 (trezentos e sessenta) dias; e
X - enviar intempestivamente os dados do SIB.

Seção V
Do Restabelecimento dos Benefícios

Art. 7º O benefício suspenso será restabelecido pelo Diretor da DIOPE após o envio tempestivo das informações periódicas da próxima competência e, nos demais casos de suspensão, no mês posterior à verificação da correção da conduta, conforme sintetizado no anexo II.
Parágrafo único. O restabelecimento dos benefícios não constitui fato impeditivo à aplicação das sanções administrativas cabíveis para cada conduta praticada pela operadora.

Seção VI
Da Exclusão da Operadora do Programa

Art. 8º A operadora será excluída do programa de conformidade regulatória, mediante ato do Diretor da DIOPE, quando for constatado que a operadora não cumpriu efetivamente os requisitos para a adesão ao programa ou quando for constatada a prática de qualquer uma das seguintes condutas, conforme sintetizadas no anexo II:
I - permanecer em situação irregular por mais de 90 (noventa) dias quanto à obrigação de atendimento das regras contábeis e de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência e de contabilização de Provisões Técnicas, ou se o descumprimento dessa obrigação ocorrer duas vezes no período de 360 (trezentos e sessenta) dias;
II - permanecer em situação irregular por mais de 90 (noventa) dias quanto à obrigação de constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das provisões técnicas ou do risco de inadimplência da administradora de benefícios, ou se o descumprimento dessa obrigação ocorrer duas vezes no período de 360 (trezentos e sessenta) dias;[3]
III - permanecer em situação irregular por mais de 90 (noventa) dias quanto à obrigação de não atrasar o pagamento de alguma dívida objeto de cobrança administrativa referente ao ressarcimento ao SUS, ou se o descumprimento dessa obrigação ocorrer duas vezes no período de 360 (trezentos e sessenta) dias;
IV - permanecer em situação irregular por mais de 90 (noventa) dias quanto à obrigação de não atrasar o pagamento de alguma dívida objeto de cobrança administrativa referente às multas pecuniárias aplicadas pela ANS, ou se o descumprimento dessa obrigação ocorrer duas vezes no período de 360 (trezentos e sessenta) dias;
V - permanecer em situação irregular por mais de 90 (noventa) dias quanto à obrigação de não atrasar o pagamento de alguma dívida objeto de cobrança administrativa, inclusive os débitos parcelados, referentes ao ressarcimento ao SUS, a Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência a Saúde - TPS e as multas pecuniárias aplicadas pela ANS, nos termos e na forma da regulamentação setorial em vigor, ou se o descumprimento dessa obrigação ocorrer duas vezes no período de 360 (trezentos e sessenta) dias;[4]
VI - enviar intempestivamente a mesma informação periódica em duas competências consecutivas;
VII - enviar intempestivamente as demonstrações contábeis ou o parecer de auditoria independente, ultrapassando o lapso temporal de 360 (trezentos e sessenta) dias;

[1] O inciso V do art. 6º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 294/2012.
[2] O inciso VII do art. 6º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 294/2012.
[3] O inciso II do art. 8º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[4] O inciso V do art. 8º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.

VIII - enviar intempestivamente o DIOPS em duas competências no período de 360 (trezentos e sessenta) dias;[1]
IX - enviar intempestivamente os dados do SIB em três competências intercaladas no período de 360 (trezentos e sessenta) dias; e;[2]
X - permanecer em situação irregular por mais de 90 (noventa) dias quanto à obrigação de não atrasar o pagamento de alguma dívida objeto de cobrança administrativa referente à taxa de saúde suplementar por plano de assistência à saúde, ou se o descumprimento dessa obrigação ocorrer duas vezes no período de 360 (trezentos e sessenta) dias.
Parágrafo único. A exclusão da operadora do p[3]rograma implica o imediato cancelamento dos benefícios constantes do art. 3º, com a conseqüente obrigação de observância das normas gerais vigentes para aquelas operadoras que não participam do programa.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º A operadora sob plano de recuperação assistencial ou econômico-financeira ou sob regime especial não pode participar do programa de conformidade regulatória.
Art. 10. A participação no Programa de Conformidade Regulatória não exonera a operadora da responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações previstas na legislação em vigor, ainda que não abrangidas por esta resolução.
Art. 11. Os art. 18 e 21 da RN Nº 159, de 2007, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 18. As condições e critérios de movimentação dos fundos de investimento dedicados ao setor de saúde suplementar devem observar ao disposto nos arts. 19, 19-A e 21." (NR).
"Art. 21. A operadora que não possua autorização para movimentar carteira de títulos e valores mobiliários poderá requerer, na forma do anexo IV, a liberação de vínculo à ANS." (NR)
Art. 12. A RN Nº 159, de 2007, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:
"Art. 19-A. A operadora participante do programa de conformidade regulatória, instituído pela Resolução Normativa - RN Nº 278, de 17 de novembro de 2011, pode requerer à ANS autorização para movimentar livremente sua carteira de títulos e valores mobiliários."
Art. 13. O art. 2º da RN Nº 227, de 2010, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:
"Art. 2º
.....
.....
§4º A operadora participante do programa de conformidade regulatória, instituído pela Resolução Normativa - RN Nº 278, de 17 de novembro de 2011, deve vincular e custodiar a parcela cumulativa mínima mensal de 1/24 (um vinte e quatro avos) do valor exigido a partir de 1º de julho de 2012.".
Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Colegiada.
Art. 15. Esta resolução será regulamentada por Instrução Normativa conjunta da Presidência, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras e da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
Art. 16. Ficam revogados o art. 20 e os anexos II e III da RN Nº 159, de 3 de julho de 2007.
Art. 17. Esta resolução entra em vigor em 1º de fevereiro de 2012.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O inciso VIII do art. 8º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[2] O inciso IX do art. 8º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 329/2013.
[3] O inciso X do art. 8º foi incluído, conforme art. 4º da RN nº 329/2013.

ANEXO I[1]
Requerimento de Adesão

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

À ANS
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE
Assunto: Requerimento de adesão ao programa de incentivo à conformidade regulatória

Senhor Diretor,

1. A operadora (RAZÃO SOCIAL), Registro na ANS Nº (REGISTRO), inscrita no CNPJ sob o Nº (CNPJ), tendo em vista os benefícios concedidos pelo programa de incentivo à conformidade regulatória, vem, com fundamento no art. 4º da Resolução Normativa - RN Nº 278 de 17 de novembro de 2011, requerer sua adesão ao aludido programa, declarando que:
I - se encontra em situação regular quanto à obrigação de atendimento das regras contábeis e das exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência e de contabilização das provisões técnicas;
II - se encontra em situação regular quanto à obrigação de contabilização dos ativos garantidores das provisões técnicas ou do risco de inadimplência de administradora de benefícios;
III - se encontra em situação regular quanto à obrigação de ressarcimento ao SUS;
IV - se encontra em situação regular quanto à obrigação de pagamento da taxa de saúde suplementar;
V - se encontra em situação regular quanto à obrigação de pagamento das multas pecuniárias aplicadas pela ANS;
VI - se encontra em situação regular quanto à obrigação de pagamento das parcelas dos débitos referente ao ressarcimento ao SUS, às taxas de saúde suplementar e às multas pecuniárias aplicadas pela ANS, parcelados nos termos e na forma da regulamentação setorial em vigor;
VII - se encontra em situação regular quanto à obrigação de envio tempestivo das seguintes informações periódicas:
a) demonstrações contábeis e parecer de auditoria independente;
b) Documento de Informações Periódicas (DIOPS);
c) dados do Sistema de Informações de Produtos (SIP); e
d) dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB).
VIII - em havendo pendência de processo judicial tendo por objeto dívidas de ressarcimento ao SUS, taxas de saúde suplementar por plano de assistência à saúde ou multas pecuniárias aplicadas pela ANS, a exigibilidade dos créditos está suspensa por depósito integral do montante exigido, cujo comprovante de depósito esteja instruído nos autos do processo judicial e a ANS seja intimada.
2. Declara, ainda, que assume integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas.
3. Declara, por fim, que assume, sob pena de sofrer as sanções administrativas cabíveis, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas.

Termos em que
pede deferimento,

(Local e data)
(Assinatura)

(Nome do responsável legal da operadora perante a ANS)
(Cargo)

ANEXO II[2]
Quadro-síntese de Condutas
Suspensão dos Benefícios, Restabelecimento dos Benefícios e Exclusão de Operadora.

[1] Alterado conforme anexo I da RN nº 329/2013.
[2] Alterado conforme anexo II da RN nº 329/2013.

Conduta	Suspensão dos Benefícios	Restabelecimento dos Benefícios	Exclusão da Operadora
Descumprir a obrigação de atender as regras contábeis e de garantias financeiras	A partir da constatação do descumprimento	No mês posterior à verificação da correção	- Não correção em 90 dias, ou - Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias.
Descumprir a obrigação de lastro e vinculação dos ativos garantidores exigidos, inclusive o referente ao risco de inadimplência das Administradoras de Benefícios.	A partir da constatação do descumprimento	No mês posterior à verificação da correção	- Não correção em 90 dias, ou - Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias.
Atrasar o pagamento de alguma dívida referente ao ressarcimento ao SUS	A partir da constatação do atraso no pagamento	No mês posterior à verificação da correção	- Não correção em 90 dias, ou - Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias.
Atrasar o pagamento de alguma dívida referente às multas pecuniárias aplicadas pela ANS	A partir da constatação do atraso no pagamento	No mês posterior à verificação da correção	- Não correção em 90 dias, ou - Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias.
Atrasar o pagamento de alguma dívida referente à taxa de saúde suplementar por plano de assistência à saúde - TPS	A partir da constatação do atraso no pagamento	No mês posterior à verificação da correção	- Não correção em 30 dias, ou - Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias.
Atrasar o pagamento de alguma dívida, incluindo os parcelamentos referentes aos débitos de ressarcimento ao SUS, de Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência a Saúde – TPS ou de multa pecuniária aplicada pela ANS, nos termos e na forma da regulamentação setorial em vigor.	A partir da constatação do atraso no pagamento	No mês posterior à verificação da correção	- Não correção em 90 dias, ou - Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias.
Enviar intempestivamente as demonstrações contábeis ou o parecer de auditoria independente.	A partir da constatação do envio intempestivo	A partir do envio tempestivo na próxima competência	Se a conduta ultrapassaro período de 360 dias - Se a conduta ocorrer 2 vezes consecutivas
Enviar intempestivamente o DIOPS	A partir da constatação do envio intempestivo	A partir do envio tempestivo na próxima competência	- Se a conduta ocorrer 2 vezes no período de 360 dias - Se a conduta ocorrer 2 vezes consecutivas
Enviar intempestivamente o SIP	A partir da constatação do segundo envio intempestivo no período de 360 dias	A partir do envio tempestivo na próxima competência	- Se a conduta ocorrer 2 vezes consecutivas
Enviar intempestivamente o SIB	-	-	- Se a conduta ocorrer 3 vezes no período de 360 dias. - Se a conduta correr 2 vezes consecutivas
Não providenciar depósito integral do montante exigido para suspender a exigibilidade de dívida a título de ressarcimento ao SUS, taxas de saúde suplementar ou multas pecuniárias aplicadas pela ANS, no caso de pendência de processo judicial tendo como objeto tais dívidas.	-	-	A partir da constatação da conduta.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 279, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011[1]

Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso II do artigo 10 e o inciso XI do artigo 4º, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 7 de novembro de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução, considera-se:

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 co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;

II - mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos; e

III - novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

Art. 3º O direito mencionado no *caput* do artigo 1º desta Resolução se refere apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

§1º Nos contratos adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, o período anterior à adaptação, inclusive a 1º de janeiro de 1999, no qual o empregado contribuiu para o custeio da contraprestação pecuniária dos produtos de que trata o *caput*, será contado para fins desta Resolução

§2º O período anterior à migração para planos regulamentados à Lei nº 9.656, de 1998, inclusive a 1º de janeiro de 1999, no qual o empregado contribuiu para o custeio da contraprestação pecuniária dos produtos de que trata o *caput*, será contado para fins desta Resolução.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Dos que Possuem o Direito à Manutenção da Condição de Beneficiário

Subseção I
Do Ex-Empregado Demitido ou Exonerado sem Justa Causa

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

[1] Publicada no DOU em 25/11/2011, seção 1, p. 45 e 46.

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.

Subseção II
Do Ex-Empregado Aposentado

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.

Seção II
Da Contribuição

Art. 6º Para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e observado o disposto no inciso I do artigo 2º desta Resolução, também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.
§1º Os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento de co-participação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.
§2º Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde.

Seção III
Da Obrigatoriedade de Extensão ao Grupo Familiar

Art. 7º A manutenção da condição de beneficiário prevista nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar do empregado inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
§1º A obrigatoriedade de que trata o *caput* não impede que a condição de beneficiário seja mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
§2º A disposição prevista no *caput* não exclui a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário.

Seção IV
Do Direito de Manutenção dos Dependentes em Caso de Morte do Titular

Art. 8º Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Seção V
Das Vantagens Obtidas em Negociações Coletivas de Trabalho ou Acordos Coletivos de Trabalho

Art. 9º O direito de manutenção de que trata esta Resolução não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho ou acordos coletivos de trabalho.

Seção VI
Da Comunicação ao Beneficiário

Art. 10. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.[1]

Parágrafo único. A contagem do prazo previsto no *caput* somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Art. 11. A operadora, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica contratante que lhe informe:

I - se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

II - se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 desta Resolução;

III - se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;

IV - por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde; e

V - se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Art. 12. A exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde somente deverá ser aceita pela operadora mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no artigo anterior.

Parágrafo único. A exclusão de beneficiário ocorrida sem a prova de que trata o *caput* sujeitará a operadora às penalidades previstas na RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

Seção VII
Das Opções do Empregador Relacionadas à Manutenção do Ex- Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado e as Regras Decorrentes

Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou

II - contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do artigo 17, separado do plano dos empregados ativos.

Parágrafo único. Nas hipóteses dos incisos anteriores, quando o plano possuir formação de preço pós-estabelecida na opção rateio, toda a massa vinculada ao respectivo plano deverá participar do rateio.[2]

Art. 14. A operadora classificada na modalidade de autogestão que não quiser operar diretamente plano privado de assistência à saúde para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá celebrar contrato coletivo empresarial com outra operadora, sendo facultada a contratação de plano privado de assistência à saúde oferecido por outra operadora de autogestão, desde que observadas as regras previstas na Resolução Normativa – RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006.

Art. 15. No ato da contratação do plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá apresentar aos beneficiários o valor correspondente ao seu custo por faixa etária, mesmo que seja adotado preço único ou haja financiamento do empregador.

§1º Deverá estar disposto no contrato o critério para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado.

§2º No momento da inclusão do empregado no plano privado de assistência à saúde, além da tabela disposta no *caput*, deverá ser apresentada ainda a tabela de preços por faixa etária que será adotada, com as devidas atualizações, na manutenção da condição de beneficiário de que trata os artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

[1] O art. 10 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 297/2012.

[2] O parágrafo único do art. 13 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 297/2012.

§3º As tabelas de preços por faixa etária com as devidas atualizações deverão estar disponíveis a qualquer tempo para consulta dos beneficiários.
§4º Excepcionalmente quando o plano dos empregados ativos possuir formação de preço pós-estabelecida, a operadora estará dispensada da apresentação da tabela de que trata o *caput*.

Subseção I
Da Manutenção do Ex-Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado no Mesmo Plano em que se Encontrava Quando da Demissão ou Exoneração Sem Justa Causa ou Aposentadoria

Art. 16. A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria observará as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.
§1º O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária de que trata o *caput* do artigo 15 desta Resolução, com as devidas atualizações.
§2º É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o *caput* ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Subseção II
Da Manutenção do Ex- Empregado Demitido ou Exonerado Sem Justa Causa ou Aposentado em Plano Exclusivo para Ex-Empregados Demitidos ou Exonerados sem Justa Causa ou Aposentados

Art. 17. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados deverá ser oferecido pelo empregador mediante a celebração de contrato coletivo empresarial com a mesma operadora, exceto na hipótese do artigo 14 desta Resolução, escolhida para prestar assistência médica ou odontológica aos seus empregados ativos.
Parágrafo único. O plano de que trata o *caput* deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados.
Art. 18. O plano privado de assistência à saúde de que trata o artigo anterior deverá ser oferecido e mantido na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
Parágrafo único. É facultada ao empregador a contratação de um outro plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação com rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência diferenciadas daquelas mencionadas no *caput* como opção mais acessível a ser oferecida juntamente com o plano privado de assistência à saúde de que trata o *caput* para escolha do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado.
Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.
§1º É vedada a contratação de plano privado de assistência à saúde de que trata o *caput* com formação de preço pós-estabelecida.
§2º A participação financeira dos ex-empregados que forem incluídos em plano privado de assistência à saúde exclusivo para demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados deverá adotar o sistema de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária.
Art. 20. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados será financiado integralmente pelos beneficiários.
Parágrafo único. É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o *caput* ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.
Art. 21. A carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados de uma operadora deverá ser tratada de forma unificada para fins de apuração de reajuste.
Parágrafo único. A operadora deverá divulgar em seu Portal Corporativo na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Seção VIII
Do Aposentado que Continua Trabalhando na Mesma Empresa

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 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.

Seção IX
Da Mudança de Operadora

Art. 23. No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com as várias operadoras.
Parágrafo único. O disposto no *caput* somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 24. Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de assistência à saúde da mesma operadora contratada para disponibilizar plano de saúde aos empregados ativos, observado o disposto no artigo 14 desta Resolução.

Seção X
Da Sucessão de Empresas

Art. 25. A contribuição do empregado no pagamento de contraprestação pecuniária dos planos privados de assistência à saúde oferecidos sucessivamente em decorrência de vínculo empregatício estabelecido com empresas que foram submetidas a processo de fusão, incorporação, cisão ou transformação, será considerada, para fins de aplicação dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, como contribuição para um único plano privado de assistência à saúde, ainda que ocorra rescisão do contrato de trabalho.

Seção XI
Da Extinção do Direito Assegurado nos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

Art. 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 a 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.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 27. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais vigentes que estejam incompatíveis com o disposto nesta Resolução na data de sua entrada em vigor deverão ser aditados até a data do aniversário contratual ou até 12 (doze) meses contados do início da vigência desta norma, o que ocorrer primeiro.[1]

§1º No aditamento de que trata o *caput*, os valores das contraprestações pecuniárias poderão ser reavaliados, pela aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, não se aplicando o disposto no artigo 20 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009.

§2º As regras e as tabelas de preços por faixa etária atualizadas, mencionadas no artigo 15 desta Resolução, deverão ser apresentadas aos empregados ativos e ex-empregados no aditamento de que trata o *caput* deste artigo.

§3º Enquanto o contrato não for aditado, a operadora deverá informar ao beneficiário, quando solicitado, o valor correspondente ao seu custo por faixa etária para viabilizar o exercício do direito à portabilidade de carências nos termos da Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009 e suas atualizações.

§4º Os contratos de planos privados de assistência à saúde vigentes que não forem aditados no prazo de que trata o *caput* deste artigo não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28. A Resolução Normativa nº 186, de 2009, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

"Art. 7º-C. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades:

I - não se aplica à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados o requisito previsto no inciso II e no §2º do artigo 3º desta Resolução;

II - aplicam-se à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados os requisitos previstos nos incisos I, III, IV e V do artigo 3º desta Resolução;

III - a portabilidade especial de carências deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado:

a) no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subseqüente; ou

b) no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - aplica-se à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados o disposto no §3º do artigo 8º, observados os prazos definidos no inciso III;

V - na hipótese do protocolo da solicitação na ANS prevista no §3º do artigo 8º no prazo definido na alínea "b" do inciso III deste artigo, o beneficiário terá o prazo previsto no inciso II do §4º do artigo 8º desta Resolução normativa para exercício do direito à portabilidade de carências;

VI - o beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;

VII - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino;

[1] Vide também IN/DIPRO nº 40/2012.

VIII - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo;
IX - na portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, o prazo previsto no §3º do artigo 3º desta Resolução deve ser contado a partir dos períodos dispostos no inciso III deste artigo; e
X - na comunicação de que trata o §3º do artigo 3º desta Resolução deverão constar os valores das contraprestações pecuniárias correspondentes ao período em que o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências."
Art. 29. Revogam-se as Resoluções CONSU nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999.
Art. 30. Esta Resolução entra em vigor no dia 1 de junho de 2012.[1]

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O art. 30 foi alterado, conforme art. 1º da RN nº 287/2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 285, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011[1]

Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa – RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos V, XV, XXIV, XXV, XXXII, XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, todos da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 35-G da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, combinado com o inciso IV do art. 4º e inciso III do art. 6º da Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990; o inciso II do art. 5º da RN Nº 190, de 30 de abril de 2009; a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 20 de dezembro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DO OBJETO

Art. 1º A presente Resolução Normativa dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN nº 190, de 30 de abril de 2009, e a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre sua rede assistencial, observando os seguintes requisitos mínimos:

I - a rede assistencial deverá ser exibida por plano de saúde, apresentando:

a) o nome comercial do plano de saúde;

b) seu Nº de registro na ANS ou seu código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei Nº 9.656, de 1998 (SCPA);

c) sua classificação para fins de comercialização, na forma do artigo 2º, da RN Nº 195, de 2009; e

d) sua situação junto à ANS na forma do artigo 12 da RN Nº 85, de 2004.

II - cada prestador de serviços de saúde que compõe a rede assistencial deverá ser exibido com os seguintes dados:

a) tipo de estabelecimento;

b) nome fantasia do estabelecimento, se houver, além da razão social e do CNPJ do estabelecimento, caso se trate de pessoa jurídica;

c) nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, com o número de registro no respectivo Conselho Profissional;

d) especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s), de acordo com o contrato firmado junto à operadora de planos privados de assistência à saúde, nos moldes das Resoluções Normativas - RN nº 42, de 4 de julho de 2003; RN nº 54, de 28 de novembro de 2003, e RN nº 71, de 17 de março de 2004;

e) endereço, contendo:

1. unidade da Federação;

[1] Publicada no DOU em 26/12/2011, seção 1, p. 247.

2. município;
3. bairro;
4. logradouro;
5. número; e
6. código de Endereçamento Postal - CEP.
f) outras formas de contato:
1. DDD e telefones; e
2. sítio eletrônico da Internet, caso exista.
g) o nome comercial e o registro junto à ANS dos planos de saúde que garantem seu atendimento.
§1º A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde previstos no inciso II deste artigo.
§2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter atualizados em tempo real os dados de sua rede assistencial, sem prejuízo da garantia dos direitos contratuais dos beneficiários.
§3º É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde condicionar o acesso às informações de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários.
Art. 3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 20.000 (vinte mil) e inferior a 100.000 (cem mil) beneficiários, deverão oferecer a opção de visualização de sua rede assistencial por meio de mapas que indiquem a localização geográfica individualizada dos prestadores de serviços de saúde (mapeamento gráfico).
Art. 4º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários, deverão oferecer a opção de visualização de sua rede assistencial por meio de imagens ou mapas que indiquem a localização espacial geográfica individualizada dos prestadores de serviços de saúde (mapeamento gráfico dinâmico).
Art. 5º A visualização de que trata os arts. 3º e 4º desta RN deve refletir o resultado da pesquisa dos prestadores de serviços de saúde consoante os dados previstos no inciso II do art. 2º.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º O descumprimento do disposto nesta Resolução Normativa ensejará a aplicação da penalidade prevista no art. 74 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006.
Art. 7º O art. 2º, o inciso I do art. 4º, o nome da subseção II da seção I do Capítulo II e o *caput* e inciso II do art. 5º, todos da Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar na Internet um portal corporativo destinado ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, e para o seus prestadores de serviço de saúde, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana." (NR)
"Art. 4º .....
I - para o público em geral, especialmente aos seus beneficiários; e
....."(NR)
"CAPÍTULO II
.....
Subseção II
Da Área do Portal Corporativo na Internet Destinada ao Público em Geral, Especialmente aos Beneficiários da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde" (NR)
"Art. 5º O portal corporativo na Internet operadora de planos privados de assistência à saúde em sua área destinada ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários deverá disponibilizar as seguintes informações:
.....
II - a relação da rede credenciada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, de forma atualizada, conforme as regras estabelecidas pela RN Nº 285, de 23 de dezembro de 2011.
....."(NR)
Art. 8º O parágrafo único do art. 44 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 44.....

Parágrafo único. Aplica-se este artigo também na hipótese de descumprimento dos arts. 2º; art. 4º, *caput* e parágrafo único; e art. 12 da Resolução Normativa Nº 190, de 30 de abril de 2009." (NR)

Art. 9º Revogam-se as alíneas "a" a "e" do inciso II do art. 5º da RN Nº 190, de 30 de abril de 2009.

Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor em:

I - 180 (cento e oitenta) dias após a data da publicação desta RN para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários; e

II - 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a data da publicação desta RN para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com número inferior a 100.000 (cem mil) beneficiários.

Art. 11. Durante os períodos de vacância previstos no artigo 10 desta Resolução Normativa, os dados apresentados nos sítios das operadoras de planos privados de assistência à saúde na internet poderão não refletir as informações constantes no sistema de registro de produtos.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 290, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2012[1]

Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera o artigo 4º e o inciso I do artigo 5º, todos da Instrução Normativa Conjunta nº 2, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 26, de 1º de abril de 2003; a RN nº 126, de 11 de maio de 2006; a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007; o §1º do artigo 1oda RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009; a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011; a Instrução Normativa - IN/DIOPE nº 1, de 30 de agosto de 2002; a IN/DIOPE nº 19, de 2 de setembro de 2008; a IN/DIOPE nº 21, de 19 de novembro de 2008; a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009; a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009; a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009; a IN/DIOPE nº 37, de 22 de dezembro de 2009; a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010; a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010; a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010 e a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso XLI do artigo 4ºe o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o §3º do artigo 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001; o parágrafo único do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 15 de fevereiro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde, nos termos do seu Anexo.

Parágrafo único. O Anexo referido no *caput* ficará disponível, para consulta e cópia, no endereço eletrônico da ANS na internet (http://www.ans.gov.br).[2]

Art. 2º O art. 4º e o inciso I do art. 5º da IN Conjunta DIOPE/DIPRO nº 2, de 7 de julho de 2010, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 4º As operadoras que tiverem o FC aprovado pela GGRAS/DIPRO poderão registrar os valores aplicados nos respectivos programas em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS, referente ao Ativo Não Circulante - Intangível (contas 13231- 9115 e 13231-9215), a contar da data de recebimento da comunicação de aprovação, observado o disposto no Pronunciamento no- 4 do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC 04 - Ativo Intangível." (NR)

"Art. 5º .....

I - à DIOPE, até 28 de fevereiro de cada ano, Relatório Circunstanciado emitido por Auditor Independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, que ateste a adequação e a fidedignidade das informações referentes à aplicação e amortização dos valores contabilizados como Ativo Não Circulante – Intangível (contas 13231-9115 e 13231-9215), bem como o atendimento às disposições do Pronunciamento nº 4 do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC 04 - Ativo Intangível." (NR)

Art. 3º Ficam revogados:

I - a RN nº 26, de 1º de abril de 2003, que estabelece critérios para registro e avaliação contábil de títulos e valores mobiliários para as Seguradoras Especializadas em Saúde e para as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde;

II - a RN nº 126, de 11 de maio de 2006, que dispõe sobre os critérios para amortização de valores aplicados em aquisição de carteiras de planos privados de assistência à saúde;

III - a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007, que dispõe sobre os critérios de avaliação e reavaliação dos bens imóveis para as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV - o §1º do art. 1º da RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009, que dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na

[1] Publicado no DOU em 28/02/2012, seção 1, p. 390.

[2] Os anexos foram alterados pelas RNs nº 322 e 344/2013, portanto, a consulta deve ser realizada por intermédio destas.

modalidade de preço pré-estabelecido e altera as Resoluções Normativas nº 159 e 160, ambas de 3 de julho de 2007;
V - a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre a revisão do Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde;
VI - a IN/DIOPE nº 1, de 30 de agosto de 2002, que dispõe sobre a contabilização de títulos e valores mobiliários das sociedades seguradoras especializadas em saúde;
VII - a IN/DIOPE nº 19, de 2 de setembro de 2008, que dispõe sobre as informações contábeis relativas às operações com planos privados de assistência à saúde das operadoras de planos de assistência à saúde vinculadas à Secretaria de Previdência Complementar do Ministério da Previdência Social;
VIII - a IN/DIOPE nº 21, de 19 de novembro de 2008, que altera a Instrução Normativa - IN nº 19, de 2 de setembro de 2008, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras;
IX - a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009, que define regras para contabilização dos orçamentos ou planos de tratamento utilizados pelos planos de assistência à saúde exclusivamente odontológica, referente a procedimentos contratados, contemplados nos instrumentos contratuais como serviços adicionais, nos termos do item 14 do anexo II da RN nº 85/04;
X - a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009, que altera a Instrução Normativa - IN nº 19, de 2 de setembro de 2008, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras;
XI - a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009, que regulamenta o procedimento de reconhecimento contábil dos valores referentes à Provisão de Sinistros a Liquidar e Eventos a Liquidar com Operações de Assistência à Saúde;
XII - a IN/DIOPE nº 37, de 22 de dezembro de 2009, que incorpora à legislação de saúde suplementar as diretrizes dos Pronunciamentos Técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC e aprovados pelo Conselho Federal de Contabilidade - CFC, e determina sua observância pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
XIII - a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010, que dispõe sobre a contabilização dos gastos com Orçamento de tratamento utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, classificadas na modalidade de cooperativas odontológicas;
XIV - a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010, que dispõe sobre a contabilização de valores aplicados na aquisição de Ativo Intangível - Marca pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010, que acrescenta os subitens 3.12 e 3.13 ao item 3 do Capítulo I do Anexo da Instrução Normativa - IN nº 36, de 22 de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE; e
XVI - a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011, que regulamenta o disposto no art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011.
Art. 4º A adoção da nova versão do Plano de Contas Padrão da ANS pelas Operadoras de Plano de Assistência à Saúde é obrigatória para registro dos fatos contábeis ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2012.
Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 295, DE 9 DE MAIO DE 2012[1]

Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, em vista do que dispõe o inciso XXXI do art. 4º e o inciso II do art.10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 9 de maio de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências.

Art. 2º Para fins desta Resolução e do SIB/ANS, considera se:

I - beneficiário de plano privado de assistência à saúde: é a pessoa natural, titular ou dependente, que possui direito e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica, sendo, no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, classificado como:

a)beneficiário titular: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo contratual com uma operadora;

b)beneficiário dependente: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo contratual com a operadora depende da existência de relação de dependência ou de agregado a um beneficiário titular;

c) beneficiário ativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano está em vigor; e

d) beneficiário inativo: é o beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato do respectivo plano não está em vigor;

II - dados cadastrais de beneficiário: é o conjunto de dados de identificação pessoal, de identificação de endereço e de identificação contratual que identificam o beneficiário da operadora e o plano privado de assistência à saúde a ele vinculado;

III - atualização de dados cadastrais de beneficiário: são os procedimentos de inclusão, de retificação, de mudança contratual, de cancelamento e de reativação que visam a atualizar os dados cadastrais na base de dados de beneficiários das operadoras na ANS, que são assim classificados:

a) procedimento de inclusão: refere-se ao envio, pela operadora, de registro de dados de beneficiário que não existia anteriormente no cadastro de beneficiários da operadora na ANS;

b) procedimento de retificação: refere-se à correção, alteração ou complementação de dados cadastrais no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, decorrente de erro de informação, mudança de endereço, complementação de informações do registro de dados ou outras alterações dos dados cadastrais;

c) procedimento de mudança contratual: refere-se à alteração de dados contratuais do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, decorrente de:

[1] Publicado no DOU em 10/05/2012, seção 1, p. 78.

1 - migração de plano (mudança de plano anterior à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para plano posterior à Lei nº 9.656, de 1998);
2 - adaptação de plano contratado até 1º de janeiro de 1999 às regras de plano contratado após 1º de janeiro de 1999;
3 - mudança de plano contratado após 1º de janeiro de 1999 para outro plano contratado após 1º de janeiro de 1999; e
4 - portabilidade de carência entre planos da mesma operadora, na forma estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009;
d) procedimento de cancelamento de beneficiário: refere-se à mudança da situação do registro de dados do beneficiário de ativo para inativo no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, quando a relação contratual entre o beneficiário e a operadora não estiver mais em vigor; e
e) procedimento de reativação de beneficiário: refere-se à mudança da situação do registro de dados do beneficiário de inativo para ativo no cadastro de beneficiários da operadora na ANS.
IV - arquivos de troca de informações: são os arquivos de atualização de dados (SBX), de resultado do processamento (RPX) e de conferência (CNX), gerados no formato. XML, por meio dos quais é feita a troca de informações entre as operadoras e a ANS, relativa aos dados cadastrais de beneficiários; sendo assim definidos:
a) arquivo de atualização de dados (SBX): contém os dados cadastrais de beneficiários que são transmitidos pelas operadoras para atualizar o seu cadastro de beneficiários na ANS;
b) arquivo de resultado do processamento (RPX): contém o Protocolo de Atualização Cadastral (PTC), o resultado do processamento do arquivo SBX e a relação dos Códigos de Controle Operacional (CCO) atribuídos aos beneficiários que foram incluídos naquele processamento;
c) arquivo de conferência (CNX): contém a situação dos dados cadastrais dos beneficiários ativos e inativos de uma determinada operadora, registrada no cadastro de beneficiários da operadora na ANS até a última atualização cadastral;
V - Código de Controle Operacional (CCO): código atribuído pelo SIB/ANS que identifica univocamente os vínculos armazenados na base de dados de beneficiários das operadoras na ANS; e
VI - Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS): sistema informatizado que coleta, processa e armazena os dados cadastrais de beneficiários enviados pelas operadoras, composto:
a) pelo padrão de troca de informações entre operadoras e ANS;
b) pelo aplicativo de transmissão;
c) pelo processamento dos arquivos de dados cadastrais; e
d) pela base de dados de beneficiários das operadoras na ANS.
Parágrafo único. O arquivo de resultado do processamento (RPX) e o arquivo de conferência (CNX) são disponibilizados pela ANS às operadoras com registro ativo na ANS.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Das Regras Gerais Sobre o Envio de Dados Cadastrais ao SIB/ANS

Art. 3º As operadoras devem enviar para a ANS os dados cadastrais de todos os seus beneficiários, na forma desta Resolução e do seu Anexo e de regulamentação específica da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES.
§ 1º As operadoras são responsáveis por manter os dados cadastrais de beneficiários atualizados, corretos e fidedignos na ANS.
§ 2º A ANS poderá, de ofício, adequar os dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS a partir de outras fontes que julgar cabíveis. [1]
§ 3° Os dados informados no SIB, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, deverão ser auditados anualmente por auditor independente.
§ 4º Os dados a serem auditados serão definidos por Instrução Normativa - IN a ser publicada pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, que estabelecerá a forma e a periodicidade de envio do parecer de auditoria à ANS.

[1] Os parágrafos 1º e 2º do art. 3º foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 361.

§ 5º A auditoria realizada nos dados a que se refere a IN mencionada no § 4º deverá observar se os dados cadastrais dos beneficiários informados no SIB refletem as informações dos beneficiários constantes da base de dados da operadora, de forma a aferir a sua consistência.[1]

Art. 4º O envio mensal de dados cadastrais de beneficiários para a ANS ocorrerá somente por meio de aplicativo do SIB/ANS, em formato XML.

Art. 5º A atualização de dados cadastrais de beneficiários é obrigatória para todas as operadoras com registro ativo na ANS.

§1º O envio dos dados cadastrais de beneficiários da operadora para a ANS, pelo SIB/ANS, é obrigatório até 60 (sessenta) dias após ter sido concedido o registro/cadastro do primeiro produto da operadora pela ANS.

§2º Nos meses subsequentes, somente as atualizações de dados cadastrais de beneficiários devem ser informadas pelas operadoras.

§3º As operadoras que solicitarem cancelamento do seu registro na ANS ficam desobrigadas da atualização mensal dos dados para o SIB/ANS a partir da referida solicitação, desde que atendam ao disposto no art.26, inciso II, da Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004.

§4º Não se aplica o disposto no §3º se a ANS constatar que as informações prestadas pelas operadoras nos termos do art. 26, inciso II da RN nº 85, de 2004, são inverídicas.

Art. 6º A periodicidade de atualização de dados cadastrais de beneficiários é mensal.

§1º No primeiro envio, a operadora deve encaminhar para a ANS arquivos de atualização de dados contendo a totalidade de beneficiários existentes em sua carteira ou a informação de inexistência de beneficiários.

§2º Nos envios mensais subsequentes, a operadora deve enviar arquivo de atualização de dados contendo as informações de atualização mensal, informando os procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação de beneficiários ocorridos na respectiva competência mensal ou a informação de inexistência dos mesmos.

§3º As operadoras que não possuem beneficiários em seu cadastro, respeitado o disposto nas normas de manutenção e cancelamento de registro de produtos emitido pela ANS, devem informar mensalmente a referida situação por meio do envio de arquivo de atualização de dados.

§4º As operadoras que possuem beneficiários em seu cadastro, mas que não têm atualizações nos dados cadastrais de seus beneficiários deve informar mensalmente a referida situação a ANS por meio do envio de arquivo de atualização de dados.

Art. 7º Até o dia 5 (cinco) de cada mês, as operadoras devem enviar informações de atualização de dados cadastrais de beneficiários ocorridas até o último dia do mês imediatamente anterior.

Art. 8º O envio de arquivos de atualização de dados cadastrais de que trata o artigo anterior ocorrerá durante o período compreendido entre o dia 6 (seis) do mês corrente até o dia 5 (cinco) do mês imediatamente posterior, podendo ser feito diariamente.

Seção II
Do Ciclo de Atualização Cadastral do SIB/ANS

Art. 9º O ciclo de atualização cadastral do SIB/ANS compreende:

I - o envio mensal pelas operadoras dos arquivos SBX por meio do aplicativo do SIB/ANS, no formato XML;

II - a geração e divulgação pelo SIB/ANS do protocolo de transmissão dos arquivos SBX enviados pelas operadoras para a ANS;

III - o processamento pelo SIB/ANS dos arquivos SBX enviados pelas operadoras para a ANS;

IV - a geração e divulgação pelo SIB/ANS do arquivo RPX, com o protocolo de atualização cadastral, o detalhamento dos erros encontrados nos conteúdos dos arquivos SBX enviados pelas operadoras para a ANS e a cada CCO atribuído ao registro de beneficiário durante os procedimentos de inclusão processados com sucesso; e

V - a retirada do arquivo RPX.

Art.10. O protocolo de atualização cadastral estará disponível às operadoras, por meio dos arquivos RPX, no prazo de cinco dias contado da recepção dos arquivos de atualização enviados pelas operadoras para a ANS.

[1] Os parágrafos 3º, 4º, 5º do art. 3º foram acrescidos, conforme art. 3º da RN nº 361.

Parágrafo único. O protocolo de atualização cadastral, referente a cada arquivo SBX enviado, será o único comprovante da atualização de dados cadastrais de beneficiários na ANS.
Art. 11. No prazo definido pelo *caput* do art. 10 também estará disponível às operadoras, por meio dos arquivos RPX, o detalhamento dos erros encontrados nos conteúdos dos arquivos de atualização de dados anteriormente enviados.
Parágrafo único. Os arquivos RPX ficarão disponíveis por três meses e, findo esse período, serão excluídos da base de dados do SIB/ANS.
Art. 12. As operadoras deverão corrigir os erros identificados no relatório do protocolo de atualização cadastral até a atualização mensal subsequente.
Art. 13. Os arquivos CNX serão gerados apenas na hipótese de solicitação das operadoras por meio do aplicativo do SIB/ANS.
Art. 14. A rejeição de um arquivo de atualização de dados caracteriza o não envio das informações contidas nesse arquivo.

Seção III
Das Informações Cadastrais de Beneficiários

Art. 15. Os dados cadastrais de beneficiários para o SIB/ANS constam no Anexo desta RN.
Art. 16. As operadoras devem enviar para a ANS o nome do beneficiário, o número do seu Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e o nome da sua Mãe.
§1º As operadoras devem enviar para a ANS a informação do número de inscrição no CPF dos beneficiários titulares, maiores ou menores de dezoito anos, bem como dos beneficiários dependentes maiores de dezoito anos, de planos individuais ou familiares, coletivos empresariais ou coletivos por adesão.
§2º Para os beneficiários dependentes menores de dezoito anos, o envio da informação do número de inscrição no CPF é opcional.
Art. 17. As operadoras devem enviar para a ANS a informação do número do Cartão Nacional de Saúde de todos os seus beneficiários ativos, titulares ou dependentes, maiores ou menores de dezoito anos, de planos individuais ou familiares, coletivos empresariais ou coletivos por adesão.
Art. 18. As operadoras podem enviar para a ANS a informação do número da Declaração de Nascido Vivo para os beneficiários ativos nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010, titulares ou dependentes, de planos individuais ou familiares, coletivos empresariais ou coletivos por adesão.
Art. 19. As operadoras devem informar o código de identificação do beneficiário titular na operadora para todos os dependentes, maiores ou menores de 18 (dezoito) anos.
Art. 20. As operadoras devem enviar para a ANS a informação sobre o número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou, conforme o caso, no Cadastro Específico do INSS (CEI), dos contratantes de planos coletivos empresariais ou de planos coletivos por adesão.
Art. 21. O preenchimento do campo relativo ao município de residência do beneficiário deve ser informado em conformidade com o constante da tabela de códigos de municípios (sem o dígito verificador), elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Seção IV
Das Condições de Intervenção da ANS nos Registros de Dados

Subseção I
Da Intervenção nos Registros de Dados nos Casos de Transferência de Carteira

Art. 22. A DIDES intervirá nos dados de beneficiários, transferindo os beneficiários ativos para a operadora adquirente e cancelando- os na operadora cedente, quando se tratar de transferência de carteira total ou parcial relacionada aos incisos I, II, III, V e VI do art. 8º da Resolução Normativa - RN nº112, de 28 de setembro de 2005.
§1º O disposto no *caput* se aplica aos casos de transferência total de carteira e nas transferências de carteira parcial, em que todos os beneficiários pertencentes a um determinado plano/produto sejam eletivos para a transferência, ressalvada a hipótese estabelecida no inciso IV do art. 8º da Resolução Normativa - RN nº112, de 2005.

§ 2° Para fins de envio de informações de beneficiários para o SIB/ANS, as operadoras devem cumprir o disposto nas RN 112, de 2005, quando se tratar de modalidades de transferência de carteira não previstas no *caput* deste artigo.

Art. 23. Nos casos de transferência de carteira autorizada pela Diretoria Colegiada da ANS, a DIDES intervirá na mudança da condição dos registros de vínculos de beneficiários entre as operadoras cedente e adquirente da seguinte forma:

I - executará rotina de inclusão dos beneficiários ativos, relacionados ao processo de transferência de carteira da operadora cedente, transferindo integralmente os dados cadastrais de beneficiários para o cadastro da operadora adquirente, da mesma maneira em que se encontravam preenchidos pela operadora cedente;

II - executará rotina de cancelamento dos beneficiários ativos, relacionados ao processo de transferência de carteira da operadora cedente, com base nas informações do sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS;

III - atribuirá os Códigos de Controle Operacional – CCO correspondentes aos registros de dados cadastrais de beneficiários transferidos;

IV - disponibilizará um arquivo CNX especial para conhecimento da operadora cedente, com os dados cadastrais de beneficiários cancelados em decorrência do processo de transferência de carteira; e

V - disponibilizará um arquivo CNX específico para conhecimento da operadora adquirente, com os dados cadastrais de beneficiários transferidos em decorrência do processo de transferência de carteira.

§1º Os registros de dados cadastrais de beneficiários, que forem objeto da transferência de carteira mencionada no *caput*, passarão a integrar o cadastro de beneficiários da operadora adquirente na ANS.

§2º Após a inclusão dos dados cadastrais de beneficiário, a operadora adquirente passa a ser a responsável por manter os dados atualizados, corretos e fidedignos no SIB/ANS.

§3º Ao retirar o arquivo CNX específico para transferência de carteira, a operadora adquirente deverá alterar o código de identificação do beneficiário, se necessário.

§4º Os beneficiários que não tiverem suas adesões efetivadas pela operadora adquirente devem (ter seus registros de dados cancelados pela mesma), utilizando o procedimento de cancelamento definido nesta RN e em regulamentação específica a cargo da DIDES.

Subseção II
Da Intervenção nos Registros de Dados nos casos de Cancelamento de Registro a pedido da Operadora

Art. 24. Nos casos de cancelamento de registro na ANS, a pedido da própria operadora, a ANS, após deferimento em processo administrativo, realizará o procedimento de cancelamento dos registros de beneficiários ativos, sem, no entanto, modificar o conteúdo dos demais campos de dados referentes ao registro.

§ 1° Nos casos mencionados no *caput*, será gravada na base de dados das operadoras na ANS a data informada pela operadora na declaração de inexistência de beneficiários, de que trata o artigo 26, inciso II, da Resolução Normativa nº 85, de 2004, que corresponda à data efetiva do cancelamento dos beneficiários.

§ 2° No caso de não constar a data efetiva do cancelamento de beneficiários na declaração de inexistência de beneficiários citada no parágrafo anterior, a ANS considerará para fins de cancelamento de beneficiários na base de dados das operadoras na ANS, a data de emissão da declaração, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis.

Subseção III
Da Intervenção nos Registros de Dados nos casos de Cancelamento Compulsório de Registro da Operadora

Art. 25. Nos casos de cancelamento compulsório de registro na ANS, quando houver em processo administrativo, manifestação expressa da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE, a ANS realizará o procedimento de cancelamento dos registros de beneficiários ativos, sem, no entanto, modificar o conteúdo dos demais campos de dados referentes ao registro.

Parágrafo único. Nos casos mencionados no *caput*, será gravada na base de dados das operadoras na ANS a data informada pela DIOPE, referente à data efetiva do cancelamento dos beneficiários, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. Os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo Cartão Nacional de Saúde deverão ser informados obrigatoriamente pelas operadoras a partir de 1º de janeiro de 2016.[1]
§1º Revogado.[2]
§2º A partir de 1º de janeiro de 2016 os dados cadastrais deverão estar em conformidade com o previsto no caput deste artigo, sob pena de os arquivos serem rejeitados.[3]
Art. 27. Os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo Declaração de Nascido Vivo para os nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010 passam a ser campo de informação de preenchimento opcional.
Art. 28. O não fornecimento, o fornecimento incompleto, a não atualização dos dados cadastrais ou a omissão das informações de beneficiários nos prazos estabelecidos nesta resolução, bem como o fornecimento de informações falsas ou fraudulentas, constituem infrações previstas na RN nº 124, de 30 de março de 2006.
Art. 29. A DIDES fica autorizada a editar regulamentação específica para detalhar a presente RN.
Art. 30. As operadoras registradas na ANS como administradoras de benefícios, nos termos da Resolução Normativa nº 196, de 14 de Julho de 2009, são dispensadas do cumprimento das normas estabelecidas nesta RN.
Art. 31. Os casos omissos e excepcionais serão decididos pela Diretoria Colegiada - DICOL da ANS.
Art. 32. Revoga-se a RN nº 250, de 25 de março de 2011.
Art. 33. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O *caput* do art. 26 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 376.
[2] O § 1º do art. 26 foi revogado, conforme art. 4º da RN nº 361.
[3] O § 2º do art. 26 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 376.

ANEXO

Os dados cadastrais de beneficiários que constituem as informações básicas e complementares do registro de beneficiários do SIB/ANS são os seguintes:
I. Dados de identificação pessoal:
a) Código de Controle Operacional - CCO;
b) código de identificação do beneficiário na operadora;
c) nome do beneficiário;
d) data de nascimento do beneficiário;
e) código de sexo do beneficiário;
f) nome da mãe do beneficiário;
g) código de identificação do beneficiário titular na operadora, para beneficiários informados como dependentes (não titulares);
h) número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF do beneficiário;
i) número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP ou Número de Identificação do Trabalhador - NIT;
j) número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário (obrigatório para todos os beneficiários a partir de 1º/01/2016);[1]
k) número da Declaração de Nascido Vivo para os nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010; (Opcional);
l) número do Registro de Identidade Civil - RIC;
m) número da cédula de alistamento eleitoral - Título de Eleitor;
n) número da carteira de identidade do beneficiário;
o) órgão emissor da carteira de identidade do beneficiário;
p) código do país emissor da carteira de identidade do beneficiário;
q) indicação da relação entre o beneficiário dependente e o beneficiário titular.
II. Dados de identificação de endereço:
a) indicação de endereço residencial ou profissional;
b) logradouro do beneficiário;
c) número logradouro do beneficiário;
d) Complemento do logradouro;
e) bairro;
f) código do município - IBGE do logradouro informado (sem o dígito verificador);
g) Código de Endereçamento Postal - CEP para o endereço informado;
h) indicação de logradouro situado no exterior;
i) código do município - IBGE de residência do beneficiário (sem o dígito verificador), caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional.
III. Campos de identificação do plano privados de assistência à saúde:
a) número do registro do plano na ANS - RPS;
b) código do cadastro do plano na ANS - SCPA
c) data de adesão do beneficiário ao plano;
d) data de cancelamento do vínculo do beneficiário ao plano;
e) código do motivo do cancelamento do plano;
f) data de reativação do plano;
g) indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária - CPT;
h) indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura;
i) número no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão;
j) número no Cadastro Específico do INSS - CEI do contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão; e
k) relação de dependência.

[1] A alínea "j" do item I foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 376.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 298, DE 13 DE JUNHO DE 2012[1]

Dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, institui o Serviço de Informação ao Cidadão - SIC da ANS, classifica em graus de sigilo informações em poder da ANS e dispõe sobre o seu tratamento; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; o Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012; o inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 30 de maio de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, institui o Serviço de Informação ao Cidadão - SIC da ANS, classifica em graus de sigilo informações em poder da ANS e dispõe sobre o seu tratamento; e dá outras providências.
Art. 2º É assegurado o direito fundamental de acesso do cidadão a informações no âmbito da ANS, observadas as restrições dispostas na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, no Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, e nesta Resolução.
Art. 3º O acesso à informação deverá ser executado em conformidade com os princípios básicos da Administração Pública e com as seguintes diretrizes:
I - observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção;
II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações;
III - utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação - TI;
IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na Administração Pública; e
V - desenvolvimento do controle social da Administração Pública.
Art. 4º É dever da ANS garantir a proteção da informação, sua disponibilidade, autenticidade e integridade e eventual restrição de acesso.

CAPÍTULO II
DA TRANSPARÊNCIA PASSIVA

Seção I
Das Disposições Gerais sobre o Serviço de Informação ao Cidadão – SIC

Art. 5º O Serviço de Informação ao Cidadão - SIC consiste no conjunto ordenado de ações voltadas para responder a pedidos de acesso à informações em conformidade com os procedimentos previstos na Lei 12.527, de 2011 e no Decreto nº 7.724, de 2012.
Art. 6º A ANS executará o SIC sob demanda realizada pelo cidadão.
Art. 7º O cidadão que quiser obter informação produzida ou custodiada pela ANS deverá fazê-lo por meio de uma das seguintes opções:
I - comparecimento, pessoalmente ou por meio de Procurador,ao Protocolo Geral criado para atender os serviços decorrentes do SIC, localizado na sede da ANS, na cidade do Rio de Janeiro - RJ;
II - acesso ao endereço eletrônico da ANS na Internet e preenchimento de formulário específico de solicitação de informação; ou
III - por meio de ligação telefônica para o número 0800 7019656.

[1] Publicado no DOU em 13/06/2012, seção 1, p. 58.

Seção II
Da Execução do SIC na ANS

Subseção I
Das Disposições Gerais

Art. 8º No exercício da sua demanda de informação, o cidadão possui o direito de obter:
I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;
II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados pela ANS, recolhidos ou não a arquivos públicos;
III - informação produzida ou custodiada por pessoa física ou entidade privada decorrente de qualquer vínculo com a ANS, mesmo que esse vínculo já tenha cessado; e
IV - informação primária, íntegra, autêntica e atualizada;
Art. 9º Compete ao SIC, sem prejuízo de outras atribuições:
I - atender e orientar o cidadão;
II - informar sobre a tramitação de documentos;
III - registrar o pedido de acesso em sistema eletrônico específico e entregar o número de protocolo, que conterá a data de apresentação do pedido;
IV - verificar se a informação está disponível para entrega imediata e disponibilizá-la, se for o caso;
V - encaminhar a solicitação à Diretoria competente, quando a informação não estiver disponível para entrega imediata e disponibilizá- la ao final, se for o caso;
VI - notificar o cidadão sobre o deferimento de acesso a informação, bem como de eventual prorrogação de prazo para resposta à solicitação;
VII - notificar o cidadão da decisão de indeferimento relativa ao acesso de informações;
VIII - informar sobre a possibilidade de interposição de recurso na notificação de decisão de indeferimento de acesso; e
IX - disponibilizar formulário padrão para apresentação de recurso e para pedidos de reclassificação e desclassificação.
Parágrafo único. Caso a Diretoria competente verifique que a solicitação não está especificada, o SIC notificará o cidadão para que forneça a respectiva especificação, sendo reiniciado o processo de pedido de informações.
Art. 10. A informação solicitada deferida será disponibilizada e seguirá para o SIC, que posteriormente notificará o cidadão.
Parágrafo único. Na hipótese de se tratar de indeferimento, o Diretor-Adjunto competente decidirá motivadamente e a decisão seguirá para o SIC, que posteriormente notificará o cidadão.

Subseção II
Dos Prazos para Atendimento

Art.11. Não sendo possível conceder o acesso imediato, o SIC deverá, em prazo não superior a 20 (vinte) dias: I - comunicar a data, local e modo para se realizar a consulta, efetuar a reprodução ou obter a certidão relativa à informação;
II - enviar a informação ao endereço físico ou eletrônico informado;
III - indicar as razões de fato ou de direito da recusa, total ou parcial, do acesso pretendido; ou
IV - comunicar que não possui a informação ou que não tem conhecimento de sua existência, indicar, se for do seu conhecimento, o órgão ou a entidade que a detém, ou, ainda, remeter o requerimento a esse órgão ou entidade, cientificando o interessado da remessa de seu pedido de informação.
§1º O prazo referido no *caput* poderá ser prorrogado por mais 10 (dez) dias, mediante justificativa expressa, da qual será cientificado o requerente antes do término do prazo inicial de 20 (vinte) dias.
§2º Nas hipóteses em que o pedido de acesso demandar manuseio de grande volume de documentos, ou a movimentação do documento puder comprometer sua regular tramitação, será adotada a medida prevista no inciso I do §1º.

Subseção III
Das Demais Disposições Sobre a Execução do SIC por Meio da Demanda do Cidadão

Art. 12. Não serão atendidos pedidos de acesso à informação:
I - genéricos;
II - desproporcionais ou desarrazoados; ou
III - que exijam trabalhos adicionais de análise, interpretação ou consolidação de dados e informações, ou serviço de produção ou tratamento de dados que não seja de competência do órgão ou entidade.
Parágrafo único. Na hipótese do inciso III do *caput*, o órgão ou entidade deverá, caso tenha conhecimento, indicar o local onde se encontram as informações a partir das quais o requerente poderá realizar a interpretação, consolidação ou tratamento de dados.
Art. 13. Sem prejuízo da segurança e da proteção das informações e do cumprimento da legislação aplicável, o SIC poderá oferecer orientações sobre os meios para que o próprio requerente possa pesquisar a informação de que necessitar.
Art. 14. Quando não for autorizado o acesso por se tratar de informação total ou parcialmente sigilosa, o SIC deverá informar ao requerente sobre a possibilidade de recurso, prazos e condições para sua interposição, devendo, ainda, ser-lhe indicada a autoridade competente para sua apreciação.
Art. 15. A informação armazenada em formato digital será fornecida nesse formato, caso haja anuência do requerente.
Art. 16. Caso a informação solicitada esteja disponível ao público em formato impresso, eletrônico ou em qualquer outro meio de acesso universal, o SIC informará ao requerente, por escrito, o lugar e a forma pela qual se poderá consultar, obter ou reproduzir a referida informação, procedimento esse que desonerará a ANS da obrigação de seu fornecimento direto, salvo se o requerente declarar não dispor de meios para realizar por si mesmo tais procedimentos.
Art. 17. O serviço de busca e fornecimento da informação é gratuito, salvo nas hipóteses de reprodução de documentos pelo órgão ou entidade pública consultada, situação em que poderá ser cobrado exclusivamente o valor necessário ao ressarcimento do custo dos serviços e dos materiais utilizados.
Parágrafo único. Estará isento de ressarcir os custos previstos no *caput* todo aquele cuja situação econômica não lhe permita fazê-lo sem prejuízo do sustento próprio ou da família, declarada nos termos da Lei no 7.115, de 29 de agosto de 1983.
Art. 18. Quando se tratar de acesso à informação contida em documento cuja manipulação possa prejudicar sua integridade, deverá ser oferecida a consulta de cópia, com certificação de que esta confere com o original.
Parágrafo único. Na impossibilidade de obtenção de cópias, o interessado poderá solicitar que, a suas expensas e sob supervisão de servidor público, a reprodução seja feita por outro meio que não ponha em risco a conservação do documento original.
Art. 19. É direito do requerente obter o inteiro teor de decisão de negativa de acesso, por certidão ou cópia.

Subseção IV
Dos Recursos

Art. 20. No caso de indeferimento de acesso a informações ou às razões da negativa do acesso, poderá o interessado interpor recurso contra a decisão no prazo de 10 (dez) dias a contar da sua ciência.
Art. 21. O recurso será dirigido ao Secretário Geral da ANS, que deverá se manifestar no prazo de 5 (cinco) dias.
Art. 22. Na hipótese de confirmação do indeferimento de acesso, o interessado poderá interpor os demais recursos previstos na Lei nº 12.527, de 2011.
Art. 23. No caso de omissão de resposta ao pedido de acesso à informação, o requerente poderá apresentar reclamação no prazo de 10 (dez) dias ao Secretário-Geral da ANS, que se manifestará no prazo de cinco dias, contado do recebimento da reclamação.
Parágrafo único. O prazo para apresentar reclamação começará trinta dias após a apresentação do pedido.

CAPÍTULO III
DA TRANSPARÊNCIA ATIVA

Art. 24. A ANS disponibilizará em seu endereço eletrônico na Internet, para acesso público, os dados inerentes a, no mínimo:
I - transparência da gestão da ANS, que contempla:
a) competências e estrutura organizacional;
b) endereços e telefones de contato com as unidades da ANS, bem como respectivos horários de atendimento ao público externo;
c) instrumentos de cooperação;
d) concursos públicos;
e) relatórios institucionais estabelecidos em lei;
f) prestações de contas anuais;
g) licitações e contratos;
h) execução orçamentária e financeira;
i) dados gerais para acompanhamento de programas, ações, projetos e obras;
j) gestão de pessoas; e
k) contratos de terceirização de mão de obra;
II - exercício do controle externo, que compreende as deliberações da DICOL;
III - respostas a perguntas mais frequentes da sociedade;
IV - contato da autoridade de monitoramento, designada nos termos do art. 67 do Decreto nº 7.724, de 2012; e
V - outros dados exigidos por lei.
Parágrafo único. As informações serão disponibilizadas diretamente no endereço eletrônico da ANS na Internet ou mediante indicação de acesso a outro portal governamental que promova a transparência da Administração Pública ou o acesso às informações de que trata a Lei nº 12.527, de 2011.

CAPÍTULO IV
DA CLASSIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Art. 25. A classificação das informações produzidas ou custodiadas na ANS está definida em Anexo.

CAPÍTULO V
DO TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO SIGILOSA

Art. 26. Quando do tratamento da informação sigilosa devem ser atendidos, no mínimo, os seguintes requisitos e procedimentos:
I - rotular como "reservada" ou "secreta", conforme o caso;
II - identificar usuários ou grupos de segurança autorizados;
III - autorizar acesso apenas aos usuários previamente identificados;
IV - aplicar medidas de proteção lógica e física que garantam o acesso exclusivo pelos usuários autorizados;
VII - manter sigilo sobre o conteúdo da informação para usuários não autorizados;
VIII- transportar (interna e externamente) com a devida autorização; e
IX - transportar (interna ou externamente) de forma a não identificar o seu conteúdo e o nível de classificação (envelope duplo, criptografia, embrulho, etc.).
Art. 27. Os documentos de natureza sigilosa serão guardados em condições especiais de segurança.
Art. 28. Os agentes públicos da ANS encarregados da custódia de documentos, dados ou informações de natureza sigilosa, nas suas ausências, deverão passar a seus substitutos todos os documentos, dados ou informações sob sua responsabilidade devidamente conferida.

Subseção única
Do Acesso a Informação Sigilosa

Art. 29. O acesso a dados ou informações sigilosas é admitido:
I- ao agente público, no exercício de cargo, função, emprego ou atividade pública, que tenham necessidade motivada de conhecêlos; e

II- ao cidadão, naquilo que diga respeito à sua pessoa, ao seu interesse particular, mediante requerimento, devidamente motivado.
Art. 30. Os agentes de que trata o inciso I deste artigo comprometem-se a, após o desligamento de suas funções, não revelar ou divulgar dados ou informações sigilosas dos quais tiverem conhecimento no exercício de cargo, função ou emprego público.
Art. 31. Todo aquele que tiver acesso, nos termos desta RA,a informações sigilosas fica sujeito às sanções administrativas, civis e penais decorrentes de sua eventual divulgação.
Art. 32. Quando não for autorizado acesso integral à informação por ser ela parcialmente sigilosa, é assegurado o acesso à parte não sigilosa por meio de certidão, extrato ou cópia com ocultação da parte sob sigilo.
Art. 33. O acesso a qualquer documento sigiloso resultante de acordos ou contratos com outros países atenderá às normas e recomendações de sigilo constantes desses instrumentos.

CAPÍTULO VI
DA RECLASSIFICAÇÃO E DESCLASSIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Art. 34. Observada a legislação vigente, a DICOL poderá alterar ou cancelar o grau de sigilo atribuído às informações.
Art. 35. A reclassificação e a desclassificação das informações poderá também ser requerida pelo cidadão.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. O disposto nesta Resolução não exclui as demais hipóteses legais de sigilo e de segredo de justiça.
§1º Constituem hipóteses constitucionais ou legais de sigilo:
I - sigilo da situação econômico-financeira ou de qualquer informação dessa natureza, das informações operacionais, das informações contábeis, das informações técnicas, dos negócios, das informações estratégicas ou das informações de âmbito restrito das pessoas jurídicas que produzam ou comercializem produtos ou prestem serviços compreendidos nas atividades relativas à assistência suplementar à saúde;
II - sigilo dos dados fiscais e bancários;
III - sigilo das informações pessoais, assim consideradas as que dizem respeito à intimidade, vida privada, honra e imagem das pessoas, até 100 (cem) anos a contar de sua produção;
IV - sigilo dos procedimentos disciplinares e de averiguações preliminares relativos a ilícitos funcionais e de improbidade administrativa;
V - sigilo das comunicações efetuadas na conformidade do art. 6º da RN nº 117, 30 de novembro de 2005;
VI - sigilo de proposta apresentada em procedimento licitatório;
VII - sigilo das informações referentes a projetos de pesquisa e desenvolvimento cientifico-tecnológicos e demais planos estratégico- operacionais, cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;
VIII - segredo de justiça;
IX - sigilo previsto em tratados, acordos ou atos internacionais;
X- sigilo do processo ético, até o seu término, conforme o art. 27, §1º, da RA nº 25, de 27 de fevereiro de 2008;
XI - sigilo do inquérito administrativo a que aludem os arts. 41 a 45 da Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974;
XII - sigilo profissional;
XIII - sigilo referente ao segredo industrial decorrente da exploração direta de atividade econômica pelo Estado ou por pessoa física ou entidade privada que tenha qualquer vínculo com o poder público; e
XIV - outras hipóteses previstas na legislação.
§2º Não se aplica a hipótese do inciso I do parágrafo anterior quando a divulgação da informação for necessária para impedir a discriminação de consumidor, prestador de serviço e para assegurar a livre

concorrência e a competição no setor de saúde suplementar ou quando estiver a pessoa jurídica, por exigências de legislação própria, obrigada a divulgá-la.

§3º Nas hipóteses previstas no §1º, o acesso às informações será restrito, independentemente da classificação de sigilo e do prazo máximo para ela estabelecido, a agentes públicos autorizados e, exceto na hipótese do inciso V, à pessoa a que elas se referirem.

§4º O acesso de terceiros à informações pessoais previstas no inciso III do §1º será permitido nas hipóteses previstas nos arts.

57 e 58 do Decreto nº 7.724, de 2012, observadas as disposições dos arts. 59 a 61 do mesmo diploma normativo.

§5º O tratamento das informações de que tratam o §1º será idêntico aos das demais informações sigilosas, na forma do art. 26 e seguintes.

Art. 37. O direito de acesso aos documentos ou às informações neles contidas utilizados como fundamento da tomada de decisão e do ato administrativo será assegurado com a edição do ato decisório respectivo.

Art. 38. O disposto nesta RN não afeta a competência da Assessoria Especial da PROGE - ASSEP estabelecida no art. 66, inciso V da RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Art. 39. As manifestações produzidas pela Procuradoria Federal junto à ANS obedecerão à classificação de sigilo que for definida no âmbito da Advocacia-Geral da União, salvo quando integrarem processos ou expedientes da ANS que possuam classificação de sigilo mais elevada, hipótese em que acompanharão a classificação de sigilo estabelecida pela ANS para o referido processo ou expediente.

Parágrafo único. As manifestações produzidas pela Ouvidoria, Corregedoria, Auditoria e Comissão de Ética observarão a classificação de sigilo que for definida no âmbito dos seus respectivos órgãos centrais pertencentes à Administração Pública Federal, salvo quando integrarem processos ou expedientes da ANS que possuam classificação de sigilo mais elevada, hipótese em que acompanharão a classificação de sigilo estabelecida pela ANS para o referido processo ou expediente.

Art. 40. Quando se tratar de pedido de vista ou certidão por parte de interessado com legitimidade para participar de processo administrativo conduzido no âmbito da ANS, nos termos do art. 9º da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, observar-se-á o disposto em Resolução específica.

Art. 41. O Secretário-Geral da ANS exercerá as atribuições previstas no art. 67 do Decreto nº 7.724, de 2012.

Art. 42. A Secretaria Geral da ANS - SEGER poderá editar os atos necessários para o fiel cumprimento desta RN.

Art. 43. Aplicam-se as disposições da Lei nº 12.527, de 2011, e do Decreto nº 7.724, de 2012, naquilo que a presente RN foromissa.

Parágrafo único. Se ainda permanecer a omissão, aplica-se, subsidiariamente, a Lei nº 9.784, de 1999.

Art. 44. O Anexo de que trata esta Resolução estará disponível para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 45. Os casos omissos serão decididos pela DICOL.

Art. 46. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 300, DE 19 DE JULHO DE 2012.[1]

Dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante; sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial; e revoga a RN nº 109, de 24 de agosto de 2005, que dispõe, em especial, sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de Diretor Fiscal, de Diretor Técnico e de Liquidante.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 4º, inciso XLI, alíneas "c" e "d", o art. 33, §2º e o art. 10, inciso II, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 23, §5º e o art. 24-D, ambos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o art. 29 da Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974; o art. 84 da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005; e o art. 86, inciso II, alínea "a"da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 4 de julho de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante; sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal, direção técnica e liquidação extrajudicial; e revoga a RN nº 109, de 24 de agosto de 2005, que dispõe, em especial, sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de Diretor Fiscal, de Diretor Técnico e de Liquidante.

Art. 2º Os atos atribuídos por esta Resolução Normativa à Diretoria competente cabem, nos termos do Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, quando se tratar de regime especial de direção técnica, ou à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, quando se tratar de regime especial de direção fiscal ou de liquidação extrajudicial.

CAPÍTULO II
DA DESIGNAÇÃO DO DIRETOR FISCAL OU TÉCNICO E DO LIQUIDANTE

Seção I
Da designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante

Art. 3º A designação e a exoneração do agente para exercer as funções de diretor fiscal ou técnico e de liquidante se dará por deliberação da Diretoria Colegiada - DICOL, mediante indicação da Diretoria competente, observando-se o disposto no art. 33, *caput*, da Lei nº 9.961, 28 de janeiro de 2000.

Art. 4º A Diretoria competente indicará preferencialmente diretor fiscal ou técnico e liquidante que tenha domicílio e residência próximos da sede da operadora ou da massa liquidanda.

Parágrafo único. Se a indicação for de diretor fiscal ou técnico e de liquidante que não tenha domicílio e residência próximos da sede da operadora ou da massa liquidanda, a Diretoria deverá justificá- la à DICOL, identificando os procedimentos e critérios adotados para a escolha.

Art. 5º Não poderá exercer as funções de diretor fiscal ou técnico e de liquidante, quem, nos últimos 5 (cinco) anos, foi exonerado de suas funções em virtude de:

I - desobediência aos preceitos desta Resolução;

II - rejeição de sua prestação de contas; ou

III - descumprimento de deveres, omissão, negligência ou prática de ato lesivo às atividades da operadora, à massa liquidanda ou a terceiros.

Art. 6º A designação para a função de diretor fiscal ou técnico, de liquidante e de eventual assistente não gera qualquer vínculo de trabalho com a ANS ou com a operadora submetida a regime especial.

[1] Publicado no DOU em 20/07/2012, seção 1, p. 64.

Art. 7º A ANS manterá um cadastro de currículos, de âmbito nacional, de profissionais habilitados para o exercício das funções de diretor fiscal ou técnico e de liquidante, a ser utilizado de acordo com a necessidade do serviço, observados os critérios de conveniência e oportunidade.
§1º Compete à Gerência de Recursos Humanos (GERH) proceder a operacionalização e o controle do cadastro de que trata este artigo.
§2º Para a formação do cadastro, a ANS poderá solicitar currículos mediante divulgação em seu endereço eletrônico na rede mundial de computadores ou por meio de avisos encaminhados às entidades de registro e fiscalização de atividades profissionais.
§3º Para integrar o cadastro, o candidato deverá apresentar currículo assinado, com a descrição de capacidade técnica e experiência profissional, e ter, no mínimo:
I - nível superior completo, tendo preferencialmente:
a) formação em Ciências Contábeis, Administração de Empresas ou Economia, para os candidatos a diretor fiscal;
b) experiência em saúde ou regulação de saúde, para os candidatos a diretor técnico; ou
c) formação em Direito, para os candidatos a liquidante;
II - exercício da atividade profissional devidamente comprovado, sendo desejável atuação no setor de saúde suplementar ou em instituições financeiras ou assemelhadas; e
III - comprovante de residência.
§4º A capacidade técnica e a experiência profissional a que se refere o parágrafo anterior poderão ser comprovadas pela apresentação, entre outros, dos seguintes documentos:
I - cópias de diplomas e títulos;
II - cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou declaração do empregador ou ex-empregador, ou documento equivalente, indicando a espécie do serviço de nível superior realizado, com a descrição das atividades desenvolvidas;
III - certidão de tempo de serviço que informe o período, com início e fim, se for o caso, e a espécie do serviço de nível superior realizado, com a descrição das atividades desenvolvidas;
IV - na hipótese de serviço prestado como autônomo, cópia do contrato de prestação de serviços de nível superior ou do Recibo de Pagamento de Autônomo - RPA ou declaração do contratante que informe o período, com início e fim, se for o caso, e a espécie do serviço de nível superior realizado; e
V - certidão ou outro documento que ateste registro regular no conselho de fiscalização da sua profissão, não podendo constar dívidas ou anotações decorrentes de processos disciplinares ou éticos.
§5º As cópias a que se refere o parágrafo anterior deverão ser autenticadas ou apresentadas com o original à Gerência de Recursos Humanos (GERH)da ANS, para conferência.
§6º A critério da Diretoria competente, os candidatos que tiverem seus currículos selecionados poderão ser entrevistados.
Art. 8º Será excluído do cadastro o candidato que se enquadrar nas hipóteses previstas no art. 5º.
Art. 9º O candidato cadastrado que for indicado para exercer as funções de diretor fiscal ou técnico e de liquidante, além do preenchimento dos requisitos de que trata a Seção I do Capítulo II deverá apresentar à Gerência de Recursos Humanos (GERH) da ANS os seguintes documentos:
I - declaração do agente, com firma reconhecida, de que não possui antecedentes criminais nem figura como indiciado em inquéritos administrativos ou policiais e que não existem causas de impedimento ou suspensão previstas nos arts. 18 e 20 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, para exercer a função para a qual foi indicado;
II - certidões negativas de débitos de tributos e contribuições federais e quanto à dívida ativa da União;
III - certidão negativa de débitos de tributos municipais expedida pelo município em que atuar, no caso do profissional autônomo;
IV - certidões negativas criminais, cíveis, de falências e recuperações judiciais, de execuções fiscais e de interdições e tutelas, das Justiças Federal e Estadual, dos locais em que residiu ou trabalhou nos últimos 5 (cinco) anos;
V - declaração de inexistência de qualquer vínculo ou interesse conexo com operadora ou com empresa coligada, inclusive de amizade ou inimizade, relação de dependência ou parentesco, consanguíneo ou por afinidade, até o terceiro grau, com seus sócios ou acionistas, controladores, inclusive indiretos, ou representantes legais;
VI - declaração de não ser beneficiário de plano de assistência à saúde da operadora objeto da direção fiscal ou técnica em que atuará, assim como seu cônjuge, filhos e pais, se houver; e
VII - termo de responsabilidade pela manutenção do sigilo das informações obtidas em razão do exercício da função no regime especial, assinado pelo agente.

§1º Na hipótese de risco ao atendimento dos beneficiários, excepcionalmente e a critério da Diretoria competente, o agente indicado para exercer a função de diretor fiscal ou técnico poderá apresentar as certidões a que se refere este artigo em até 30 (trinta) dias após a publicação da portaria que o nomeou.
§2º As certidões apresentadas deverão estar dentro dos prazos de validade ou, não tendo prazo de validade fixado, devem ter sido expedidas há menos de 30 (trinta) dias da data de sua apresentação.
§3º No caso de indicação para o exercício de nova função de diretor fiscal ou técnico e de liquidante, o candidato deverá apresentar as certidões de que tratam este artigo, se já vencidas as constantes de seu cadastro.
§4º O agente se responsabiliza civil e criminalmente pela veracidade das informações prestadas nas declarações de que trata este artigo.

Seção II
Da Remuneração do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante

Art. 10. Está obrigada a pagar a remuneração do agente designado pela ANS:
I - a operadora, quando submetida a regime especial de direção fiscal ou técnica;
II - a massa liquidanda, no curso da liquidação extrajudicial da operadora; e
III - subsidiariamente, os administradores ou ex-administradores da operadora.
Art. 11. Na hipótese de um mesmo agente ser designado para mais de uma direção fiscal ou técnica, ou liquidação extrajudicial, a remuneração será rateada pelas respectivas operadoras e massas liquidandas.
Art. 12. A remuneração do diretor fiscal ou técnico e do liquidante terá o valor equivalente ao do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, e será reajustada na mesma proporção e data em que for reajustada pelo Poder Executiva a remuneração desse cargo.
Parágrafo único. A remuneração de que trata o *caput* deste artigo será devida a partir do termo de posse ou de investidura do diretor fiscal ou técnico ou do liquidante.
Art. 13. A Diretoria competente informará à operadora, por ofício, os valores a serem pagos ao diretor fiscal ou técnico designado.

CAPÍTULO III
DO ADIANTAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS AOS REGIMES ESPECIAIS

Seção I
Do Adiantamento da Remuneração do Diretor Fiscal ou Técnico

Art. 14. A ANS, excepcionalmente, procederá ao adiantamento de recursos financeira para o pagamento da remuneração do diretor fiscal ou técnico, ressarcindo-se dos valores despendidos, se verificada a insuficiência de recursos financeiros da operadora.
§1º A insuficiência de recursos da operadora será comunicada à Diretoria competente pelo diretor fiscal ou técnico, que encaminhará o pedido de adiantamento, acompanhado de informações mínimas sobre sua disponibilidade financeira.
§2º Reconhecida a insuficiência de recursos financeiros, a Diretoria competente solicitará à área de gestão financeira da ANS as providências necessárias ao adiantamento previsto nesta Resolução.
§3º Após o primeiro pagamento, o diretor fiscal ou técnico solicitará as remunerações posteriores até o dia 10 (dez) de cada mês, para que a Diretoria competente aprove e encaminhe, no prazo de (10) dez dias, solicitação à área de gestão financeira da ANS para pagamento até o último dia útil do mesmo mês.
§4º Os atos praticados e formalizados, conforme disposto nos §§1º a 3º deste artigo, devem servir à instrução do processo de ressarcimento previsto no Capítulo V.
§5º O diretor fiscal ou técnico acompanhará permanentemente o estado financeiro da operadora para detectar a possibilidade de reassumir a obrigação pelo pagamento da remuneração, comunicando imediatamente à Diretoria competente a ocorrência dessa
possibilidade.
§6º Caracterizada a reversão da insuficiência de recursos, por meio de relatório do diretor fiscal ou técnico, a Diretoria competente oficiará a operadora para que reassuma a obrigação do pagamento da remuneração, com efeito retroativo ao mês em que se apurou sua capacidade.
§7º Ao final da direção fiscal ou técnica, a Diretoria competente informará à área de gestão financeira da ANS o recebimento do relatório do diretor fiscal ou técnico sobre a disponibilidade financeira da

operadora para o cumprimento da obrigação de ressarcir à ANS o saldo dos adiantamentos efetuados para pagamento da remuneração.

Art. 15. A área de gestão financeira da ANS encaminhará, a requerimento da Diretoria competente, relatório detalhado sobre os valores adiantados, eventuais valores glosados e justificativas, bem como os recolhidos a título de contribuição previdenciária e imposto
de renda, juntamente com seus respectivos recibos.

Art. 16. A ANS também poderá, excepcionalmente, mediante solicitação da Diretoria competente, adiantar o pagamento da remuneração do diretor fiscal ou técnico, ressarcindo-se dos valores despendidos, nas seguintes hipóteses:

I - cessação irregular das atividades da operadora; e

II - mudança de endereço da operadora não comunicada ou qualquer empecilho, embaraço ou obstáculo à regular condução do regime especial.

§1º A recusa da operadora em assumir sua obrigação de pagar a remuneração do diretor fiscal ou técnico ensejará a aplicação da sanção cabível.

§2º Aplica-se a este artigo o disposto no art. 15 e, no que couber, o disposto nos parágrafos do art. 14.

Seção II
Do Adiantamento de Recursos Financeiros à Massa Liquidanda

Art. 17. ANS, excepcionalmente, procederá ao adiantamento de recursos financeiros à massa liquidanda, desde que as despesas correspondentes estejam enquadradas como créditos extraconcursais e sejam qualificadas como imprescindíveis ou inadiáveis à condução eficiente do processo.

§1º São despesas imprescindíveis as referentes às providências sem as quais a condução do processo de liquidação e a administração da massa não poderão ser levadas adiante, tais como: I - remuneração devida ao liquidante e seus auxiliares; e

II - despesas administrativas de manutenção, incluindo a aquisição de materiais, locação de imóvel e contratação de serviços estritamente necessários para guarda e proteção do patrimônio da operadora liquidanda.

§2º São despesas inadiáveis as que exigem pronta realização, não admitindo qualquer postergação sob pena de causar prejuízo à massa, assim consideradas encargos com a arrecadação, administração, realização do ativo e distribuição do seu produto, bem como os custos com o requerimento judicial da falência ou insolvência civil da operadora liquidanda.

§3º O pagamento das despesas previstas neste artigo se dará até a data da ciência inequívoca pelo liquidante extrajudicial da decretação da falência ou insolvência da massa liquidanda.

§4º O liquidante poderá locar imóvel para sediar a massa liquidanda apenas quando for necessário proteger o acervo patrimonial e documental da massa.

Art. 18. Observadas as condições e os critérios estabelecidos no artigo anterior, o liquidante atestará a insuficiência de recursos financeiros da massa liquidanda para o custeio da liquidação, e fundamentará a necessidade do adiantamento mediante demonstrativo enviado à DIOPE, contendo de forma detalhada as despesas a serem cobertas.

§1º Reconhecida a insuficiência de recursos financeiros, a DIOPE solicitará à área de gestão financeira da ANS as providências necessárias ao adiantamento previsto nesta Resolução.

§2º A DIOPE fornecerá à área de gestão financeira da ANS, para os fins de adiantamento de recursos, as justificativas de despesas apresentadas pelo liquidante para o custeio da liquidação.

§3º Na hipótese do parágrafo anterior, a DIOPE poderá definir critérios e condições para justificar as despesas com o custeio da liquidação.

Art. 19. O liquidante solicitará o pagamento de sua remuneração e o adiantamento para outras despesas até o dia 10 (dez) de cada mês, para que a DIOPE aprove e encaminhe, no prazo de 10 (dez) dias, solicitação à área de gestão financeira da ANS para pagamento até o último dia útil do mesmo mês, observado o disposto no art. 17, §3º.

Parágrafo único. Decretada a falência ou insolvência da massa, a área de gestão financeira da ANS providenciará o pagamento dos valores requeridos pelo liquidante, para que este quite os compromissos assumidos no mês respectivo em nome da massa liquidanda, aplicando-se o disposto no art. 49.

Subseção I
Da Contratação de Assistentes do Liquidante

Art. 20. O liquidante poderá contar com o concurso de assistentes, quando a complexidade da condução do regime exigir, mediante autorização da ANS, observado, no que couber, o disposto no Capítulo II desta Resolução.
Art. 21. A remuneração do assistente não poderá ser superior a 50% (cinquenta por cento) da fixada para o liquidante, devendo ser suportada pela massa liquidanda ou coberta por adiantamentos da ANS, observado, neste caso, o disposto no art. 17.

Subseção II
Da Contratação de Serviços Auxiliares pelo Liquidante

Art. 22. O liquidante poderá contratar serviços auxiliares para as atividades decorrentes do processo de liquidação extrajudicial, desde que o pedido motivado seja previamente submetido à autorização da DIOPE.
§1º As despesas decorrentes das contratações de que trata este artigo deverão ser suportadas pela massa liquidanda ou, excepcionalmente, cobertas por adiantamentos da ANS, neste caso observando- se os requisitos definidos no art. 17.
§2º O liquidante deverá obter pelo menos 3 (três) propostas para a prestação dos serviços, optando pela mais vantajosa, a partir dos critérios técnicos e econômicos, devendo apresentar à DIOPE a justificativa da escolha e a documentação correspondente para devida aprovação.
§3º O liquidante estará dispensado do cumprimento do disposto no parágrafo anterior se não for possível a espera para realização do procedimento nele definido devido à urgência para a execução do serviço.
§4º O liquidante também estará dispensado do cumprimento do disposto no parágrafo anterior quando o serviço for de menor complexidade e baixo custo unitário, desde que o valor de tais serviços não ultrapasse o valor que autorizaria um ente público a dispensar licitação, tomando-se por referência o disposto no art. 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

CAPÍTULO IV
DAS DESPESAS A CARGO DA ANS

Art. 23. Nas hipóteses previstas nos incisos I e II do art. 16, a ANS arcará com as despesas decorrentes da apuração da situação da operadora ou de seu paradeiro.
§1º A apuração da situação da operadora se dará mediante a obtenção de certidões em cartórios e repartições públicas, além de outros documentos para a comprovação da localização da operadora.
§2º O pagamento das despesas de que trata este artigo se dará mediante reembolso ao diretor fiscal ou técnico.
§3º Em casos excepcionais e devidamente justificados, incluem- se entre as despesas de que trata o *caput* deste artigo eventuais gastos com deslocamentos, aplicando-se, nesses casos, o disposto nos artigos seguintes.
Art. 24. A ANS arcará com as despesas decorrentes de deslocamento do diretor fiscal ou técnico ou do liquidante, quando por ela convocados.
Parágrafo único. Consideram-se despesas para o deslocamento de que trata o *caput* deste artigo as referentes ao pagamento de transporte e diárias correspondentes ao Cargo em Comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE III.
Art. 25. A Diretoria competente poderá autorizar, em caráter excepcional e de comprovada necessidade, o pagamento de despesas do diretor fiscal ou técnico ou do liquidante, com o deslocamento de seu domicílio para o desempenho de suas funções em outro ponto do território nacional, observado o disposto no art. 4º.
Parágrafo único. A despesa de que trata o *caput* deste artigo não poderá ser autorizada em periodicidade inferior a 30 (trinta) dias.
Art. 26. Não serão cobertas despesas de que trata o artigo anterior:
I - nos casos em que o deslocamento ocorra dentro da mesma região metropolitana; ou
II - quando o afastamento não exigir pernoite fora de seu domicílio, conforme declaração do agente;

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II do *caput* deste artigo, a ANS poderá arcar com as despesas de passagem aérea.

Art. 27. Caberá à Diretoria competente a análise e autorização das despesas com deslocamento do diretor fiscal ou técnico, ou do liquidante.

CAPÍTULO V
DO RESSARCIMENTO DAS DESPESAS ADIANTADAS PELA ANS

Seção I
Da Instauração do Processo Administrativo de Ressarcimento das Despesas

Art. 28. A área de gestão financeira da ANS, auxiliada pela Diretoria competente para o acompanhamento do regime especial, instaurará, em face da operadora ou da massa liquidanda, falida ou insolvente, e de seus respectivos administradores ou ex-administradores, processo administrativo próprio, à parte do processo de direção fiscal ou técnica ou de liquidação, para que a ANS possa regularmente se ressarcir dos valores despendidos com a remuneração do diretor fiscal ou técnico ou do liquidante, bem como de outras despesas adiantadas na forma desta Resolução.

§1º A área de gestão financeira da ANS formará expediente prévio à instauração do processo de ressarcimento no qual documentará todos os atos justificadores e caracterizadores dos recursos despendidos, bem como a respectiva planilha de cálculo para cobrança, observando o disposto no art. 30.

§2º A instauração do processo de ressarcimento deverá ocorrer imediatamente após a extinção do regime de direção fiscal ou técnica, que será comunicada pela Diretoria competente à área de gestão financeira da ANS, fornecendo os elementos necessários à
instrução processual.

§3º Havendo sucessão de regimes de direção fiscal ou técnica, a instauração do processo de ressarcimento ocorrerá após a extinção da última direção fiscal ou técnica.

Art. 29. Na hipótese de decretação de liquidação extrajudicial, esta deverá ser comunicada pela Diretoria competente à área de gestão financeira da ANS, para providências relativas a cobrança dos créditos da ANS em face da operadora liquidanda.

§1º Se a decretação de liquidação extrajudicial ocorrer após a extinção de regime especial de direção fiscal ou técnica, a área de gestão financeira da ANS providenciará junto à massa liquidanda, a habilitação dos créditos decorrentes dos recursos financeiros adiantados pela ANS durante o regime especial de direção fiscal ou técnica, constituídos na forma dos §§2º e 3º do art. 28, para fins, entre outros, de inclusão no quadro geral de credores, na forma da lei.

§2º Se a decretação de liquidação extrajudicial ocorrer sem prévia instauração de regime especial de direção fiscal ou técnica, a área de gestão financeira da ANS, instaurará processo administrativo próprio, para fins de constituição e habilitação dos créditos decorrentes dos recursos financeiros adiantados pela ANS no curso da liquidação extrajudicial.

§3º Paralelamente ao disposto no §1º deste artigo, após a comunicação de decretação de liquidação extrajudicial pela Diretoria Competente, a área de gestão financeira da ANS também instaurará processo administrativo próprio, para fins de constituição e habilitação dos créditos decorrentes dos recursos financeiros adiantados pela ANS no curso da liquidação extrajudicial.

§4º Os recursos financeiros adiantados pela ANS no curso da liquidação extrajudicial se enquadrarão na categoria de créditos extraconcursais, cumprindo ao liquidante diligenciar para que sejam pagos preferencialmente aos demais créditos concursais, observada a existência de outros créditos extraconcursais e a ordem estabelecida no art. 84 da Lei nº 11.101, de 2005, logo que existentes recursos para tanto.

§5º O liquidante diligenciará para que a ANS lhe informe sobre todos os créditos pendentes, de natureza tributária e não tributária, para efeito de habilitação e da abertura do concurso geral de credores.

Seção II
Da Notificação

Art. 30. O processo de que trata o art. 28 será instaurado por meio de notificação à operadora ou à massa liquidanda, falida ou insolvente, e de seus respectivos administradores ou ex-administradores, para em 10 (dez) dias pagar o valor do crédito atualizado, ou querendo, apresentar impugnação.

Art. 31. A notificação realizar-se-á:
I - ordinariamente, por via postal, remetida para o endereço do intimado constante nos cadastros da ANS, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, e devidamente assinado;
II - pessoalmente, pelo servidor a quem for conferida tal atribuição, comprovando-se pelo ciente do intimado, seu representante ou preposto ou, no caso de sua ausência ou de recusa de aposição de assinatura, pela declaração expressa de quem proceder à intimação;
III - pela ciência aposta pelo intimado, seu representante ou preposto, em razão do comparecimento espontâneo no local onde tramita o processo;
IV - por qualquer outro meio que assegure a certeza da ciência da operadora, do seu representante ou preposto; e
V - por edital publicado uma única vez no Diário Oficial da União, se frustradas as tentativas de intimação por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio, no caso de interessados indeterminados, desconhecidos ou com domicílio indefinido.
Art. 32. Considera-se efetuada a intimação:
I - se por via postal, na data do seu recebimento, devidamente aposta no Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente;
II - se pessoalmente, na data da ciência do intimado, seu representante ou preposto, ou, no caso de recusa de ciência, na data declarada pelo servidor que efetuar a intimação;
III - se a parte comparecer para tomar ciência do processo ou justificar sua omissão, a partir desse momento; e
IV - se por edital, na data de sua publicação.

Seção III
Da Impugnação

Art. 33. No prazo de que trata o art.30, os notificados poderão apresentar, perante a área de gestão financeira da ANS, impugnação ao crédito, cuja petição poderá ser protocolada na sede da ANS ou enviada por via postal com aviso de recebimento e devidamente registrada, considerando-se a data da postagem para efeitos de contagem de prazo.
Parágrafo único**.** A impugnação dirigida à área de gestão financeira da ANS, com os documentos que a fundamentam, poderá ser feita por representante legal ou por procurador, sendo obrigatória, neste caso, a apresentação do correspondente instrumento de mandato.
Art. 34. O interessado poderá ter vista dos autos na ANS, bem como deles extrair cópias, mediante o pagamento da despesa correspondente.
Art. 35. Após a apresentação da impugnação, quando for necessária a prestação de informações ou a apresentação de outros documentos pelos notificados ou terceiros, serão expedidas intimações para esse fim, estabelecendo-se prazo para atendimento.
Parágrafo único. Havendo juntada de novos documentos, fica assegurado às partes o direito de manifestação no prazo de 5 (cinco) dias contados do recebimento da intimação.

Seção IV
Da Decisão

Art. 36. Uma vez concluída a instrução do processo, por termo nos autos exarado pelo responsável pela área de gestão financeira da ANS, este terá o prazo de até 15 (quinze) dias para proferir decisão fundamentada.
Parágrafo único. O prazo de que trata o *caput* poderá ser prorrogado por igual período, com a devida justificativa.

Seção V
Do Cumprimento da Decisão e do Recurso

Art. 37. Proferida a decisão, o responsável pela área de gestão financeira da ANS expedirá intimação para ciência das partes, aplicando o disposto nos arts. 31 e 32, para em 10 (dez) dias pagar o valor do crédito atualizado, incluindo os encargos incidentes, ou, querendo, interpor recurso, dando-lhe, ainda, conhecimento da existência do débito passível de inclusão no Cadastro Informativo dos créditos não

quitados do setor público federal - CADIN e de posterior encaminhamento à Procuradoria Federal para inscrição na dívida ativa da ANS e cobrança judicial, na forma da lei.

§1º O recurso, com as razões ou documentos que o fundamentam, deverá ser interposto perante o responsável pela área de gestão financeira da ANS, contando-se o respectivo prazo da data em que a intimação da decisão for efetuada.

§2º O recurso terá efeito suspensivo, podendo a petição ser protocolada na sede da ANS ou enviada por via postal com aviso de recebimento e devidamente registrada, considerando-se a data da postagem para efeitos de aferir a tempestividade.

§3º Se negado provimento ao recurso ou se provido parcialmente, serão computados para fins de cobrança os encargos incidentes no período em que o processo esteve suspenso.

Art. 38. Recebido o recurso, a área de gestão financeira da ANS exercerá juízo de reconsideração, ratificando ou não a decisão, no prazo de 5 (cinco) dias, em despacho fundamentado, e, se mantida integralmente a decisão, remeterá o processo à instância superior imediata para conhecimento e decisão dentro do mesmo prazo, com a devida fundamentação.

Parágrafo único. O recurso não será admitido quando interposto:

I - fora do prazo;

II - perante órgão incompetente; ou

III - por quem não seja legitimado.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II, será indicada ao recorrente a autoridade competente, e o prazo para recurso lhe será devolvido.

Art. 39. A autoridade competente na instância superior imediata,

ao negar provimento ao recurso ou ao dar provimento parcial, encaminhará os autos imediatamente à área de gestão financeira da ANS, que expedirá intimação para ciência das partes, observando o disposto no art. 35, conferindo-lhe o prazo de 10 (dez) dias para

pagar o valor do crédito atualizado, incluindo os encargos incidentes, e lhe dando conhecimento de débito passível de inclusão no Cadastro Informativo dos créditos não quitados do setor público federal - CADIN e de posterior encaminhamento à Procuradoria Federal para inscrição na dívida ativa da ANS e cobrança judicial, na forma da lei.

Art. 40. Sendo reconhecida a inexistência de débito, o feito será arquivado após a notificação do recorrente da decisão.

Seção VI
Das Demais Disposições sobre o Ressarcimento das Despesas

Art. 41. O cancelamento do registro na ANS não desobrigará a operadora, a massa liquidanda, falida ou insolvente, e seus respectivos administradores ou ex-administradores de efetuar o ressarcimento dos valores adiantados.

Art. 42. Os valores a serem ressarcidos poderão ser objeto de pedido de parcelamento, observadas as regras específicas para este fim.

Art. 43. No caso da apresentação de Programa de Saneamento objetivando o levantamento de direção fiscal, a operadora deverá reconhecer a obrigação de ressarcir a ANS pelos adiantamentos realizados e demonstrar a capacidade de saldá-la.

Art. 44. Concluído o processo de ressarcimento, em não sendo pago o crédito, a área de gestão financeira da ANS encaminhará os autos à Procuradoria Federal para inscrição na dívida ativa da ANS e cobrança judicial, na forma da lei.

Art. 45. Caberá ao liquidante a apuração da disponibilidade financeira da massa liquidanda, encaminhando até o décimo dia do mês subseqüente ao vencido a prestação de contas das despesas realizadas durante o regime para análise da área de gestão financeira da ANS.

Parágrafo único. A prestação de contas a que se refere o *caput* deste artigo deverá conter extrato da conta corrente utilizada para o depósito dos recursos adiantados, sendo que após o encerramento do regime ou quando da exoneração do liquidante, deverá ser apresentada uma prestação de contas consolidada.

Art. 46. Na hipótese de ocorrer bloqueio judicial da conta corrente da massa liquidanda os recursos poderão ser adiantados, após autorização da área de gestão financeira da ANS, por meio de ordem bancária de pagamento diretamente ao liquidante, cabendo-lhe a prestação de contas, na forma prevista no parágrafo único do artigo anterior.

Art. 47. Para os fins de ressarcimento à ANS, os valores pecuniários despendidos para o custeio dos regimes especiais, devidamente constituídos e não pagos, serão acrescidos de multa de mora, calculada à taxa de 0,33% (trinta e três centésimos por cento), por dia de atraso.
§1º A multa de que trata este artigo será calculada a partir do primeiro dia subsequente ao do vencimento do prazo indicado na notificação para o pagamento do débito de que trata o art. 30 até o dia em que ocorrer o seu pagamento.
§2º O percentual de multa a ser aplicado fica limitado a 20% (vinte por cento).
§3º Sobre os débitos a que se refere este artigo incidirão juros de mora calculados à taxa referencial Sistema Especial de Liquidação e Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, a partir do primeiro dia do mês subsequente ao vencimento do prazo de que trata o art.30 até o último dia do mês anterior ao do pagamento e de 1% (um por cento) no mês do pagamento.
§4º Independentemente da incidência dos juros de mora e da multa de mora de que trata este artigo, o débito referente às despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial será atualizado desde a data do desembolso pela ANS.

CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 48. Quando houver adiantamento de recursos, deverão ser tomadas, imediatamente, as medidas cabíveis aplicáveis conforme o caso concreto, tais como:
I - a promoção dos atos necessários para o requerimento de falência ou insolvência civil; e
II - a alienação de bens para tornar o ativo realizável, em sendo o caso;
Art. 49. Para fins desta norma, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas de que trata esta RN.
Art. 50. A Diretoria competente poderá exigir do diretor fiscal ou técnico ou do liquidante esclarecimentos adicionais acerca dos recursos solicitados para o custeio do regime especial.
Art. 51. As Diretorias competentes para o acompanhamento dos regimes especiais e para desenvolvimento de pessoas e do trabalho poderão desenvolver programa de formação e aperfeiçoamento de agentes que venham exercer as funções de diretor técnico ou fiscal ou de liquidante.
Art. 52. As Diretorias competentes para o acompanhamento dos regimes especiais e a área de gestão financeira da ANS poderão editar atos complementares ao disposto nesta Resolução, no que couber às respectivas atribuições.
Art. 53. Aplica-se subsidiariamente ao processo de ressarcimento de despesas de que trata esta Resolução o disposto na Resolução Normativa - RN nº 48, de 2003, e, no que esta for omissa, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.
Art. 54. Aplica-se o disposto nesta Resolução aos regimes especiais em curso, ressalvado o disposto no parágrafo único deste artigo.
Parágrafo único. Aplicam-se os dispositivos relativos ao processo de ressarcimento de despesas, previstos na RN nº 109, de 2005, se o processo tiver sido instaurado até o dia anterior ao da publicação da presente Resolução.
Art. 55. Revoga-se a RN nº 109, de 24 de agosto de 2005.
Art. 56. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 301, DE 7 DE AGOSTO DE 2012[1]

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, a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências, a RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre o Regimento Interno da ANS e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 4º, incisos XXIX, XXX e XLI, alínea "f", e 10, inciso II, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 86, inciso II, alínea "a" da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 12 de julho de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa altera a Resolução Normativa - RN n.º 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, RN n.º 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências, RN n.º 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, e a RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre o Regimento Interno da ANS e dá outras providências.

Art. 2º O título da Seção III, *caput* e §§1º, 2º e 3º, do art. 8º; o §1º do art. 11; e os incisos I, IV e V do art. 15, todos da RN nº 48, de 2003, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Seção III

Da Representação Pelo Não Envio das Informações Periódicas Art. 8º Constatada a ocorrência de indícios suficientes de infração às disposições legais ou infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar relativos ao não envio de informações periódicas, será lavrada a representação, em formulário próprio, sem emendas ou rasuras, com numeração sequencial, em duas vias, destinando- se a segunda via ao autuado.

§1º A lavratura da representação observará as disposições do art. 6º desta Resolução, servindo como ato inaugural do processo administrativo sancionador.

§2º A representação poderá reunir mais de um tipo ou modalidade de documento ou de informação periódica, e ainda abarcará todos os períodos não informados de determinado ano.

§3º Lavrada a representação, a área técnica responsável intimará a operadora para apresentar defesa, em conformidade com os arts. 17 a 19 desta Resolução." (NR)

"Art.11.....

§1º Considera-se reparação voluntária e eficaz a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração ou de representação e que resulte no cumprimento útil da obrigação.

....." (NR)

"Art. 15 .....

I - por via postal, remetida para o endereço de correspondência constante nos cadastros da ANS, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, e devidamente assinado;

.....

[1] Publicado no DOU em 08/08/2012, seção 1, p. 82.

IV - por meio eletrônico com certificação digital, de acordo com regulamentação a ser editada pela ANS; ou V - por qualquer outro meio que assegure a certeza da ciência da operadora, do seu representante ou preposto.
....." (NR)

Art. 3º A RN nº 48, de 2003, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

"Art. 8º .....

§4º Encerrado o prazo para apresentação da defesa, o órgão técnico da ANS elaborará manifestação conclusiva acerca da tempestividade do envio da informação periódica, decidindo motivadamente pelo arquivamento da representação ou confirmação da irregularidade, conforme o caso.

§5º A manifestação conclusiva do órgão técnico que recomendar o arquivamento do feito, será submetida à apreciação do respectivo Diretor, que, caso a acolha, arquivará a representação ou poderá, em sendo possível, conceder novo prazo para cumprimento da obrigação, que não poderá ser superior ao prazo de periodicidade de envio da informação.

§6º Não ocorrendo à hipótese de arquivamento, a área técnica responsável encaminhará o processo de representação para julgamento da Diretoria de Fiscalização, que deverá comunicar à Diretoria de origem caso aplique o instituto da reparação voluntária e eficaz, previsto no art. 11 desta Resolução.

§7º A Diretoria de Fiscalização retornará o processo à área técnica, quando constatada a existência de vício processual que apenas possa ser sanado pela Diretoria de origem."

"Art. 8º-A Constatada a ocorrência de indícios de outras infrações às disposições legais ou infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, não previstas no artigo 8º desta RN, as áreas técnicas da ANS deverão comunicar tais fatos à Diretoria de Fiscalização, para as providências cabíveis."

"Art. 15 .....

§1º Os meios de intimação previstos nos incisos do *caput* deste artigo não estão sujeitos à ordem de preferência.

§2º 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.

§3º Presumem-se válidas as comunicações dirigidas ao endereço de correspondência, cumprindo a operadora atualizar o respectivo endereço sempre que houver modificação temporária ou definitiva.

§4º Não tendo êxito a intimação no endereço de correspondência, serão promovidas novas intimações, nesta ordem:

I - no endereço da sede da operadora, caso seja diferente do endereço de correspondência;

II - no endereço do advogado regularmente constituído nos autos por procuração, quando houver.

§5º Após o cancelamento do registro de operadora ou da autorização de funcionamento, caso a pessoa jurídica não mantenha atualizado seu endereço de correspondência para fins de intimações por via pessoal, postais ou por qualquer outro meio ou via, e sendo frustrados os meios de intimação previstos no parágrafo anterior, será feita publicação dos atos dos processos administrativos sancionadores em curso no Diário Oficial da União, para ciência e defesa dos interessados.

§6º A intimação poderá ser feita por edital, a ser publicado uma única vez no Diário Oficial da União, quando restarem frustrados os meios de intimação previstos neste artigo ou quando registrado no cadastro da ANS a invalidade do endereço, ou, ainda, no caso de interessados indeterminados, desconhecidos ou com domicílio indefinido.

§7º Do Edital deverá constar:

I - o nome, endereço e a qualificação do intimado;

II - número do processo administrativo;

III - a descrição circunstanciada dos fatos;

IV - a disposição legal ou infralegal infringida;

V - a sanção aplicável ou obrigação a cumprir;

VI - advertência quanto ao prazo e local para apresentação de defesa ou recurso, se for o caso;

VII - advertência quanto à indicação das provas a serem produzidas, se for o caso; e

VIII - determinação de cessação da prática infrativa, se for o caso, sob pena da aplicação de multa cominatória."

Art. 4º A RN nº 85, de 2004, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

"Art. 24 .....

V - permanecer com o seu endereço inválido no período de 180 (cento e oitenta) dias, contado da publicação no Diário Oficial da União de ato da ANS que comunique a presunção de cessação de atividade da operadora, desde que durante esse período não tenha sido praticado qualquer ato que afaste a presunção de cessação da atividade.

§1º Os registros cancelados não serão passíveis de reativação.
§2º Para aplicação da hipótese prevista no inciso V do *caput* deste artigo, a DIOPE previamente encaminhará aos endereços da sede da operadora, dos advogados eventualmente constituídos no respectivo processo e dos administradores, constantes do banco de dados cadastrais da ANS, ofício que solicitará a regularização do endereço no prazo de 30 (trinta) dias, contado do seu recebimento, nos termos do art. 19 desta Resolução, bem como estabelecerá a possibilidade de apresentação de defesa.
§3º Não atendida a solicitação do §2º, no prazo nele estabelecido, presumir-se-á a cessação da atividade da operadora.
§4º Na hipótese de retornarem negativos os avisos de recebimento de todos os ofícios enviados, a operadora e seus administradores serão intimados mediante publicação no Diário Oficial da União, na mesma oportunidade da comunicação da presunção de cessação da atividade disposta no §7º deste artigo.
§5º Na publicação de que trata o §4º deve estar expresso que a presunção de cessação da atividade somente restará caracterizada após ultrapassado o prazo de resposta da intimação ficta e nenhum dos intimados atender à mesma.
§6º A intimação de que trata o §4º deste artigo observará, naquilo que for cabível, os requisitos estabelecidos na Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, referentes à publicação do edital de intimação.
§7º A comunicação da presunção de cessação de atividade será publicada no Diário Oficial da União e no endereço eletrônico da ANS, oportunidade em que também serão convocados credores, beneficiários e eventuais interessados, ficando a operadora sujeita à suspensão da comercialização de seus produtos.
§8º Será instaurado, também, o procedimento administrativo sancionador, conforme regulamentação vigente.
§9º O disposto no inciso V do *caput* deste artigo não se aplica às operadoras em regime especial."
"Art. 26 .....
§4º Estão dispensadas da apresentação dos documentos listados nos incisos II, III e IV do *caput* deste artigo, as operadoras que solicitarem o cancelamento da autorização de funcionamento em virtude de cisão parcial em que a parcela cindida envolva a totalidade de sua carteira de beneficiários, desde que os atos societários relacionados à cisão (protocolo de justificação) comprovem que a operadora incorporadora do acervo cindido ficará responsável pela integralidade da carteira de beneficiários, pelas obrigações, conhecidas ou não, com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde e pelos contratos de assistência à saúde.."
"Seção V
Das Obrigações da Operadora no Curso e Após o Processo de Cancelamento
Art. 26-B. Instaurado o processo de cancelamento de registro de operadora ou de autorização de funcionamento, por solicitação da operadora, ficam suspensas as obrigações de envio periódico das informações a partir da data de protocolização dos documentos que comprovam o cumprimento dos requisitos e pressupostos legais para
o cancelamento.
§ 1° Permanecem exigíveis as obrigações de natureza financeira, oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar - TSS, dentre outras, que não são alcançadas pela suspensão de que trata o *caput* deste artigo ou pelo cancelamento da autorização de funcionamento.
§2º Na hipótese de ser mantida a autorização de funcionamento ou o registro da operadora, as informações periódicas, referentes ao período de suspensão de das obrigações de que trata o *caput* deste artigo, deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da intimação em que a operadora tomar ciência da decisão de manutenção de seu registro de operadora ou de sua autorização de funcionamento."
"Art. 26-C Instaurado o processo de cancelamento de registro ou de autorização de funcionamento, pela ANS, fica mantida a exigência quanto ao cumprimento de todas as obrigações regulamentares, até que seja efetivada a baixa do registro da operadora."
"Art. 26-D Após o cancelamento do registro de operadora ou da autorização de funcionamento, caso a pessoa jurídica não mantenha atualizado seu endereço de correspondência para fins de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via, proceder-se-á na forma do art. 15 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003.
§1º Ressalvadas as determinações específicas da ANS, após o cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento com a baixa no registro da operadora, cessam as obrigações regulamentares da operadora.

§2º A hipótese prevista no §1º deste artigo não alcança o cumprimento das obrigações cujo fato gerador tenha ocorrido antes da baixa no registro da operadora, que ainda deverão ser exigidas pela autoridade competente."
"Anexo I.....
1.28 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."
Art. 5º O *caput* dos arts. 14 34, 35 e 36, todos da RN nº 124, de 2006, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 14. O cancelamento da autorização de funcionamento, para efeito desta Resolução, é a sanção que implica o impedimento do exercício da atividade de operadora de planos de assistência à saúde."
(NR)
"Envio de informações das operadoras e dos prestadores de serviços
Art. 34. Deixar de encaminhar à ANS, no prazo estabelecido, os documentos ou as informações solicitadas, exceto na hipótese do artigo anterior:
Sanção - multa "de R$ 25.000,00." (NR)
".....
Art. 35. Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica:
"Sanção - multa de R$ 25.000,00." (NR)
"Envio de informações periódicas mensais Art. 36". Deixar de enviar à ANS ou enviar, fora do prazo previsto na regulamentação, documento ou informação periódica mensalmente:
"Sanção - multa de R$ 25.000,00." (NR)
Art. 6º A RN n.º 124, de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:
"Art. 14. .....
Parágrafo único. "Para fins de aplicação do *caput* deste artigo, a ANS previamente adotará as medidas necessárias para a proteção dos beneficiários que estiverem vinculados à operadora de planos de assistência à saúde, conforme o caso."
"Art. 35. .....
§1º Para efeito do previsto no *caput* deste artigo, somente serão considerados os envios das informações periódicas que tenham sido aceitas como válidas pelos sistemas da ANS.
§2º A multa será individualizada por documento ou informação periódica não encaminhada ou encaminhada fora do prazo.
§3º Permanecendo a operadora inerte no período de um ano, não encaminhando documento ou informação periódica, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, prevista no inciso III do art. 2º desta Resolução Normativa."
"Art. 36. .....
§1º A multa prevista no *caput* será acrescida de 1/5 (um quinto) por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo.
§2º Permanecendo a operadora inerte no período de 180 (cento e oitenta) dias, não encaminhando documento ou informação periódica mensalmente, poderá ser aplicada a penalidade de cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira de beneficiários, prevista no inciso III do art. 2º desta Resolução Normativa."
Art. 7º O inciso XX do art. 23; o inciso XVI da art. 31; e o inciso IV do art. 53, todos da RN nº 197, de 2009, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 23 .....
XX - encaminhar à DIFIS, através da DIRAD e/ou suas gerências, comunicação acerca de indícios de infração por descumprimento da legislação de saúde suplementar, para apuração e aplicação das penalidades cabíveis, ressalvadas as hipóteses previstas no inciso XXI deste artigo; e" (NR)
"Art. 31 .....
XVI - encaminhar à DIFIS, através da DIRAD e/ou suas gerências, comunicação acerca de indícios de infração por descumprimento da legislação de saúde suplementar, para apuração e aplicação das penalidades cabíveis, ressalvadas as hipóteses previstas no
inciso XVII deste artigo; e" (NR)
"Art. 53. .....

IV - instaurar e conduzir o processo administrativo sancionador, inclusive em decorrência de comunicação encaminhada pelas áreas técnicas da ANS para apuração das infrações de natureza regulatória, na forma do disposto em instrução normativa da DIFIS, ressalvadas as hipóteses de infrações pelo não envio de informações periódicas referentes às demais Diretorias;" (NR)

Art. 8º A RN nº 197, de 2009, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

"Art. 23. .....

XXI - instaurar e instruir o processo administrativo de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, relativo ao não envio de informações periódicas de sua competência."

"Art. 31. .....

XVII - instaurar e instruir o processo administrativo de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, relativo ao não envio de informações periódicas de sua competência."

"Art. 38. .....

XXVI - encaminhar à DIFIS, através da DIRAD e/ou suas gerências, comunicação acerca de indícios de infração por descumprimento da legislação de saúde suplementar, para apuração e aplicação das penalidades cabíveis, ressalvadas as hipóteses previstas no
inciso XXVII deste artigo; e

XXVII - instaurar e instruir o processo administrativo de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, relativo ao não envio de informações periódicas de sua competência."

"Art. 58. .....

XXXI - encaminhar à DIFIS, através da DIRAD e/ou suas gerências, comunicação acerca de indícios de infração por descumprimento da legislação de saúde suplementar, para apuração e aplicação das penalidades cabíveis, ressalvadas as hipóteses previstas no
inciso XXXII deste artigo; e

XXXII - instaurar e instruir o processo administrativo de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, relativo ao não envio de informações periódicas de sua competência."

Art. 9º Ficam revogados o parágrafo único do art. 15, da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, e o parágrafo único do art. 24, da Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004.

Art. 9º-A Os processos administrativos sancionadores já encaminhados à DIFIS, que tenham sido instaurados anteriormente à publicação da presente Resolução, e nos quais já constem a defesa da operadora e a lavratura de representação consoante o procedimento anterior à vigência desta RN, seguirão o rito processual vigente ao tempo do encaminhamento dos autos à DIFIS, cabendo o seu julgamento pela Diretoria competente para tanto.

Art. 9º-B No caso de existência de indícios de infração por não envio de informações periódicas, praticada antes da vigência desta RN e não comunicada à operadora, aplica-se o disposto no §2º do art. 8º da RN nº 48, de 2003, podendo, excepcionalmente, ser lavrada uma única representação e instaurado um único processo administrativo para períodos superiores a um ano.[1]

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor - Presidente

[1] Os arts. 9º-A e 9º-B foram acrescidos, conforme art. 2º da RN nº 326/2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 304, DE 19 DE SETEMBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre o encaminhamento da Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP para planos coletivos empresariais e altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º, 3º, incisos XVI, XVIII e XXI do artigo 4º e inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86, ambos da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada no dia 13 de setembro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O parágrafo único do artigo 1º da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 1º.....
Parágrafo único. Esta Resolução aplica-se aos planos individuais e/ou familiares e aos planos coletivos, com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos com formação de preço pós-estabelecido." (NR)
Art. 2º A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:
"Art. 6º-D. A NTRP dos planos coletivos empresariais será adotada como referência para os contratos comercializados.
§1º O artigo 5º, o §1º do artigo 6º, o artigo 6º-A desta resolução, e o item "e" do inciso I do Anexo I da IN-DIPRO nº 8, de 27 de dezembro de 2002, não se aplicam aos contratos coletivos empresariais que possuírem 30 (trinta) ou mais beneficiários na data de sua comercialização."
§2º Caso necessário, a ANS poderá solicitar às operadoras o critério de cálculo de preço dos planos coletivos empresariais com 30 (trinta) ou mais beneficiários.
Art. 3º Até a data de entrada em vigor desta Resolução, deverão ser encaminhadas as Notas Técnicas de Registro de Produto para os planos coletivos empresariais cuja situação do registro seja "Ativo", com exceção dos exclusivamente odontológicos e dos com formação de preço pós-estabelecido.
§1º Após a data de entrada em vigor desta Resolução, o plano coletivo empresarial que não possuir NTRP em vigor terá sua situação de registro alterada para "ativo com comercialização suspensa".
§2º Caso a operadora encaminhe uma NTRP para plano com a situação de registro "ativo com comercialização suspensa", este poderá ter a comercialização reativada, caso não esteja impedido por outro motivo, e não poderá mais ter a sua comercialização suspensa pelo não envio de NTRP.
Art. 4º Esta Resolução entra em vigor no dia 10 de abril de 2013.[2]

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU de 20/09/2012, seção 1, p.45.
[2] O art. 4º está alterado, conforme art. 1º da RN nº 318/2013

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 305, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012[1]

Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.[2]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 20 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o art. 3º, os incisos XXIV e XXXI do art. 4º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei n° 9.961 de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da RN n.º 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 03 de outubro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor – Presidente Substituto, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre os agentes definidos no art. 4º; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.

Art. 2º O Padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e pelo Ministério da Saúde, e ainda a redução da assimetria de informações para o beneficiário de plano privado de assistência à saúde.

Art. 3º São finalidades do Padrão TISS:

I - padronizar as ações administrativas de verificação, solicitação, autorização, cobrança, demonstrativos de pagamento e recursos de glosas;

II - subsidiar as ações da ANS de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde; e

III - compor o registro eletrônico dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Art. 4º O Padrão TISS abrange as trocas dos dados de atenção à saúde entre os seguintes agentes da saúde suplementar:

I - operadora de planos privados de assistência à saúde;

II - prestador de serviços de saúde;

III - contratante de plano privado de assistência à saúde familiar/individual, coletivo por adesão e coletivo empresarial;

IV - beneficiário de plano privado de assistência à saúde ou seu responsável legal ou ainda terceiros formalmente autorizados por ele; e

V - ANS.

Art. 5º O Padrão TISS abrange as trocas dos dados de atenção à saúde prestada ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde gerados na rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de planos privados de assistência à saúde.

§1º Entende-se como rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de plano privados de assistência à saúde:

I - rede de serviços de saúde contratada, referenciada ou credenciada, de forma direta ou indireta; e

II - rede própria da operadora, de entidade ou empresa controlada pela operadora, de entidade ou empresa controladora da operadora e profissional assalariado ou cooperado da operadora.

§2º O Padrão TISS também abrange a troca dos dados de atenção à saúde, gerados na modalidade reembolso das despesas assistenciais ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, no envio de informação das operadoras de planos privados de assistência à saúde para a ANS.

[1] Publicado no DOU em 10/10/2012, seção 1, p. 36.

[2] Vide também IN/DIDES nº 51/2012.

§3º O Padrão TISS não abrange o envio de informação do beneficiário de plano privado de assistência à saúde para a operadora privada de assistência à saúde com a finalidade de solicitação de reembolso das despesas assistenciais.
§4º O Padrão TISS não abrange os dados referentes aos eventos de atenção à saúde oriundos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.
Art. 6º O Padrão TISS está organizado em cinco componentes:
I - organizacional
II - conteúdo e estrutura;
III - representação de conceitos em saúde;
IV - segurança e privacidade; e
V - comunicação.
Parágrafo único. Compete à Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES instituir e disponibilizar o Sistema de Gestão do Padrão TISS no endereço eletrônico da ANS na internet, www. ans. gov. br.

CAPITULO II
Das Obrigações Relativas ao Padão TISS

Art. 7º A troca dos dados do Padrão TISS deverá ser eletrônica e obrigatoriamente na versão vigente.
Art. 8º Às operadoras de plano privado de assistência à saúde é vedado:
I - alterar o Padrão TISS; e
I - solicitar dos demais agentes de que trata o art. 4º o envio em papel do equivalente ao conteúdo trocado via eletrônica no Padrão TISS, com certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada junto à ICP-Brasil.

CAPITULO III
DO PADRÃO TISS

Seção I
Dos componentes do Padrão TISS
Subseção I Organizacional

Art. 9º O componente organizacional estabelece o conjunto de regras operacionais do Padrão TISS e contém:
I - nomeação da versão e data de atualização;
II - exposição de motivos da atualização e histórico de alteração;
III - definições, regras de uso e Plano de Contingência;
IV - regras de atualização; e
V - outras regras operacionais.
Parágrafo único. O Plano de Contingência é o conjunto de regras e formulários estabelecidos para dar continuidade ao processo de trabalho na interrupção temporária das trocas eletrônicas.

Subseção II
Conteúdo e Estrutura

Art. 10. O componente de conteúdo e estrutura estabelece a arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no Plano de Contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.

Subseção III
Representação de Conceitos em Saúde

Art. 11. O componente de representação de conceitos em saúde estabelece o conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.
Parágrafo único. No uso dos termos, as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde devem atender as normas de aplicabilidade vigentes e definidas pelos

órgãos que regulamentam o exercício profissional, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e demais órgãos do Ministério da Saúde.

Art. 12. Compete à ANS estabelecer a TUSS e suas posteriores atualizações.

§1º A ANS poderá contar com o auxílio de entidades de referência, para elaborar e atualizar a TUSS.

§2º A inclusão de novos termos será objeto de análise do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS e da área de padronização e interoperabilidade da ANS.

Art. 13. À operadora de planos privados de assistência à saúde é facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante na TUSS de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais, órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais.

§1º A operadora de planos privados de assistência à saúde, imediatamente após estabelecer o código de um termo em tabela própria, deverá solicitar à ANS a inclusão do mesmo na TUSS.

§2º À operadora de planos privados de assistência à saúde é vedado manter vigente, em tabela própria, código para um termo constante na TUSS, findo o prazo de implantação.

Subseção IV
Segurança e Privacidade

Art. 14. O componente de segurança e privacidade estabelece os requisitos de proteção dos dados de atenção à saúde.

§1º O componente de segurança e privacidade visa assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde.

§2º O componente de segurança e privacidade baseia-se no sigilo profissional e segue a legislação vigente no País.

Subseção V
Comunicação

Art. 15. O componente de comunicação estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura.

§1º O componente de comunicação adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language.

§2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem dispor aos prestadores de sua rede de serviço de saúde as tecnologias de webservices e de portal, para a troca dos dados de atenção à saúde dos seus beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

§3º Os prestadores de serviços de saúde têm a prerrogativa de escolher a forma de comunicação para a troca eletrônica, entre webservices ou portal.

Art. 16 O portal previsto no parágrafo 2º do art. 15 compõe a área destinada à rede de prestadores de serviços de saúde da operadora de planos privados de assistência à saúde no portal corporativo na Internet, estabelecido pela RN 190, de 30 de abril de 2009, e denominado Portal TISS.

Parágrafo único. No Portal TISS deverão estar disponíveis, considerando os requisitos estabelecidos no componente de segurança e privacidade do Padrão TISS, no mínimo:

I - as instruções para implantação e utilização do Padrão TISS;

II - nome do responsável técnico para dialogar com a rede prestadora de serviços de saúde sobre o Padrão TISS, denominado Coordenador TISS e de seu suplente, com informações para contato telefônico e por correio eletrônico;

III - o endereço dos webservices disponibilizados pela operadora de plano privado de assistência à saúde;

IV - os mecanismos de upload e download de arquivos;

V - a entrada de dados para o processo de cobrança de serviços de saúde do Padrão TISS; e

VI - o atalho para acesso ao conteúdo sobre o Padrão TISS disponibilizado pela ANS.

Art. 17. Qualquer solução tecnológica poderá ser utilizada desde que consiga atender na íntegra as normas de todos os componentes do Padrão TISS.

Art. 18. Na ocorrência de interrupção do serviço de troca eletrônica dos dados de atenção à saúde, os agentes definidos nos incisos I e II do art. 4º deverão utilizar o estabelecido no Plano de Contingência do Padrão TISS.

Parágrafo único. A interrupção de que trata o *caput* deste artigo não pode importar em descontinuidade no atendimento assistencial ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde, devendo os agentes previstos nos incisos I, II, III e V do art. 4º garantir a segurança e a privacidade dos dados.

Seção II
Da disponibilidade dos dados do Padrão TISS

Art. 19. Os dados do Padrão TISS serão enviados à ANS em conformidade ao estabelecido nos componentes do Padrão TISS.
Parágrafo único. O envio dos dados do Padrão TISS à ANS não exime as operadoras de planos privados de assistência à saúde da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS vier a requisitar.
Art. 20. As operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar sem qualquer ônus, as informações de dados de atenção à saúde do Padrão TISS, solicitadas pelo beneficiário, por seu responsável legal ou ainda por terceiros formalmente autorizados por eles.
Art. 21. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter protegidas as informações assistenciais oriundas do Padrão TISS, quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua individualização, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros.
Art. 22. A disponibilidade dos dados do Padrão TISS deve atender os requisitos estabelecidos no componente de segurança e privacidade do Padrão TISS.

Seção III
Do monitoramento do Padrão TISS

Art. 23. Fica instituído o monitoramento do Padrão TISS, com base nos dados disponíveis na ANS e nos demais órgãos do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO IV
DO COMITÊ DE PADRONIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE SUPLEMENTAR – COPISS

Art. 24. Fica mantido o Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS, de caráter consultivo para o aprimoramento do Padrão TISS e sob coordenação da DIDES.
Parágrafo único. Compete à DIDES, por meio de Instrução Normativa, indicar as entidades com representação no COPISS e definir seu estatuto.

CAPÍTULO V
DOS PRAZOS

Art. 25. A data limite para adoção do Padrão TISS de que trata esta RN é 30 de maio de 2014.[1]
§1º Após 30 de maio de 2014 é obrigatória a adoção do Padrão TISS de que trata esta RN.
§2º É facultado às operadoras adotarem o Padrão TISS de que trata esta Resolução antes da data limite disposta no *caput*.
Art. 26. O envio dos dados do Padrão TISS para a ANS é devido, mensalmente, pela operadora de plano privado de assistência à saúde a partir da competência junho de 2014 e o cronograma de envio será definido pela DIDES e divulgado no endereço eletrônico da ANS na internet, www.ans.gov.br.[2]
Art. 27. As versões do Padrão TISS identificam os prazos referentes ao início da vigência, limite para implantação e de fim de vigência, de cada item do Padrão TISS.
Parágrafo único. O prazo limite de implantação das atualizações do Padrão TISS não será inferior a 3 (três) meses e não superior a 12 (doze) meses após o início da vigência da respectiva versão.

[1] O art. 25 e seu §1º estão alterados, conforme art. 2º da RN nº 341/2013.
[2] O art. 26 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 341/2013.

CAPÍTULO VI
DAS PENALIDADES

Art. 28. A inobservância à obrigação prevista no art. 26 desta Resolução configurará a infração administrativa prevista no artigo 35 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.
Art. 29. A inobservância ao padrão previsto nesta Resolução e nas Instruções Normativas que a regulamentam, e ao prazo limite para implantação do Padrão TISS estabelecido no art. 25, configurará a infração administrativa prevista no artigo 44 da RN nº 124, de 30 de março de 2006.
Art. 30. A área de padronização e interoperabilidade da ANS quando observar indícios suficientes das infrações previstas nos artigos 28 e 29, procederá conforme o disposto na 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.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31. Os demais atos normativos necessários ao fiel cumprimento desta resolução serão editados pela DIDES.
Art. 32. Revoga-se a Resolução Normativa nº 153, de 28 de maio de 2007.
§1º As trocas de informações do Padrão TISS realizadas
com base na Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007, continuam produzindo seus regulares efeitos.
§2º As trocas de dados de atenção à saúde realizadas com base na RN nº 153, de 28 de maio de 2007, antes da obrigatoriedade da utilização do Padrão TISS instituído por este normativo, e que estiverem em desacordo com aquela RN e com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.
Art. 33. Revogam-se os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.
Art. 34. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente
Substituto

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 307, DE 22 DE OUTUBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe a alínea "e" do inciso XLI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 17 de julho de 2009; em reunião realizada em 9 de outubro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre os Procedimentos de Adequação Econômico - Financeira - PAEF das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009; e dá outras providências.

§1º Para fins desta RN, entende-se por PAEF o conjunto de medidas e ações que visam, em espaço de tempo determinado, corrigir, de forma gradual, anormalidades econômico-financeiras detectadas no funcionamento de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§2º São exemplos de anormalidades econômico-financeiras, sem prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS, as abaixo relacionadas:

I - totalidade do ativo em valor inferior ao passivo exigível;

II - insuficiência de garantias financeiras, tais como patrimônio mínimo ajustado, margem de solvência e provisões técnicas;e

III - insuficiência de recursos garantidores, em relação ao montante total das provisões técnicas.

Art. 2º Os PAEF subdividem-se em:

I - o Plano de Adequação Econômico-Financeira - PLAEF, aplicado para as operadoras de grande porte; e

II - o Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras - TAOEF, aplicado para as operadoras de médio e pequeno porte.

§1º São consideradas operadoras de grande porte, para efeito desta RN, as que contarem com 100 (cem) mil beneficiários ou mais, na data de 31 de dezembro do exercício anterior à data da apresentação do PLAEF.

§2º São consideradas operadoras de médio porte, para efeito desta RN, as que contarem com 20 (vinte) mil ou mais até o limite de menos de 100 (cem) mil beneficiários, na data de 31 de dezembro do exercício anterior à data da apresentação do TAOEF.

§3º São consideradas operadoras de pequeno porte, para efeito desta RN, as que contarem com menos de 20 (vinte) mil beneficiários na data de 31 de dezembro do exercício anterior à data da apresentação do TAOEF.

CAPÍTULO II
DO PLANO DE ADEQUAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA – PLAEF

Seção I
Da sua Apresentação

Art. 3º Detectadas anormalidades econômico-financeiras pela Gerência-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado - GGAME, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, a

[1] Publicado no DOU em 24/10/2012, seção 1, p. 51.

operadora de grande porte será intimada para, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da respectiva intimação, corrigir as anormalidades e apresentar a documentação pertinente.
Parágrafo único. Considera-se efetuada a intimação:
I - se por via postal, na data do seu recebimento, devidamente aposta no Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente;
II - se pessoalmente, na data da ciência do intimado, seu representante ou preposto, ou, no caso de recusa de ciência, na data declarada pelo servidor que efetuar a intimação;
III - se a parte comparecer para tomar ciência do processo ou justificar sua omissão, a partir desse momento; e
IV - se por edital, na data de sua publicação.
Art. 4º No prazo previsto no art. 3º, a operadora poderá apresentar PLAEF, em alternativa à imediata solução das anormalidades detectadas.
Parágrafo único. O prazo para apresentação do PLAEF poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, a pedido justificado da operadora, por decisão do Diretor da DIOPE.

Seção II
Do Seu Prazo de Vigência

Art. 5º O prazo de vigência do PLAEF será de até 18 (dezoito) meses, contados a partir do primeiro dia do mês das projeções a que se refere o art. 6º.

Seção III
Das suas Projeções

Art. 6º O PLAEF deverá conter projeções:
I - do Balanço Patrimonial;
II - da Demonstração do Resultado;
III - do Patrimônio Mínimo Ajustado; e
IV - da Margem de Solvência.
§1º As projeções deverão seguir os modelos dispostos no Anexo I desta RN.
§2º As projeções deverão iniciar-se no primeiro dia do mês subseqüente ao término do prazo estabelecido no art. 3º ou, se for o caso, no primeiro dia do mês subsequente ao término do prazo prorrogado na forma do parágrafo único do art.4º.
§3º As demonstrações contábeis que servirão de base para as projeções deverão representar adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira da operadora, contemplando eventuais ajustes determinados pela GGAME.
§4º Os demonstrativos contábeis projetados deverão refletir a correção de 50% (cinquenta por cento) de cada uma das anormalidades econômico-financeiras na primeira metade do prazo de vigência.

Seção IV
Da sua Aprovação ou Rejeição

Art. 7º A GGAME procederá à análise do PLAEF.
Art. 8º O Diretor da DIOPE decidirá sobre a aprovação ou rejeição do PLAEF, intimando a operadora de sua decisão.
Art. 9º O PLAEF será rejeitado caso haja o enquadramento em pelo menos uma das hipóteses abaixo:
I - a operadora não esteja em dia com o envio à ANS dos documentos e informações econômico-financeiras periódicas e com a adoção do Plano de Contas Padrão;
II - não contemple a correção das anormalidades referidas no art.3º;
III - não forem efetuados os ajustes a que se refere o §3º do art.6º;
IV - não demonstre a projeção de correção de 50% (cinquenta por cento) de cada uma das anormalidades econômico-financeiras na primeira metade do período de vigência; ou
V - sejam constatadas deficiências de controles internos, erros, omissões ou outras inconsistências nas informações que servirão de base para as projeções dos demonstrativos contábeis.

Seção V
Do Seu Acompanhamento

Art. 10. Durante o prazo de vigência do PLAEF, a operadora não poderá distribuir lucros ou sobras, exceto nos casos previstos em lei.
Art. 11. A GGAME poderá determinar à operadora que forneça, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da intimação, qualquer outra informação ou documento, sempre que entender necessários ao acompanhamento do PLAEF.
Parágrafo único. Durante o prazo de vigência do PLAEF, a operadora se obriga a enviar, mensalmente, até o último dia útil do mês subsequente, balancete sintético do mês anterior, na forma das projeções a que se referem os incisos I e II do art. 6º.

Seção VI
Do Seu Encerramento

Art. 12. A operadora poderá solicitar o encerramento do PLAEF desde que, cumulativamente:
I - comprove que as anormalidades econômico-financeiras foram corrigidas;
II - demonstre estar atendendo integralmente as disposições regulamentares sobre garantias financeiras e ativos garantidores; e
III - esteja em dia com o envio à ANS dos documentos e informações econômico-financeiras periódicas e com a adoção do Plano de Contas Padrão.
Art. 13. O Diretor da DIOPE decidirá sobre o encerramento do PLAEF, intimando a operadora da sua decisão.

Seção VII
Do Seu Cancelamento

Art. 14. O PLAEF será cancelado caso a operadora incorra em, pelo menos, uma das hipóteses abaixo:
I - irregularidades no envio à ANS dos documentos e informações econômico-financeiras periódicas e na adoção do Plano de Contas Padrão;
II - não atendimento do disposto no art.10; ou
III - deterioração da sua situação econômico-financeira, durante a vigência do PLAEF.
Art. 15. O Diretor da DIOPE decidirá sobre o cancelamento do PLAEF, intimando a operadora da sua decisão.

Seção VIII
Do Seu Não Cumprimento

Art. 16. O PLAEF será considerado não cumprido caso haja o enquadramento em, pelo menos uma das hipóteses abaixo:
I - se durante sua vigência não forem cumpridas, por 3 (três) meses consecutivos, as projeções a que se refere o art. 6º ;
II - se, na primeira metade do prazo de sua vigência, não forem corrigidas 50% (cinquenta por cento) de cada uma das anormalidades econômico-financeiras;
III - se, ao final do prazo de sua vigência, não forem sanadas as anormalidades econômico-financeiras mencionadas no art. 3º ou surgirem novas anormalidades econômico-financeiras distintas das apontadas inicialmente.
Art. 17. O Diretor da DIOPE decidirá sobre o não cumprimento do PLAEF, intimando a operadora da sua decisão.

Seção IX
Da aplicação de Medidas pela Diretoria Colegiada[1]

Art. 18. A Diretoria Colegiada - DICOL aplicará quaisquer das medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, caso:

[1] Retificado o título da seção e o *caput* do art. 18, conforme publicação do DOU em 26/10/2012, seção 1, p. 29.

I - não seja apresentada, no prazo fixado, resposta à intimação mencionada no art. 3º, ou o PLAEF;
II - não seja apresentada, no prazo fixado, a resposta à intimação mencionada no art. 11;
III - as respostas às intimações mencionadas nos arts. 3º e 11 sejam consideradas insuficientes; ou
IV - o PLAEF apresentado seja:
a) rejeitado;
b) cancelado; ou
c) considerado não cumprido.

CAPÍTULO III
DO TERMO DE ASSUNÇÃO DE OBRIGAÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS – TAOEF

Seção I
Da sua Apresentação

Art. 19. Detectadas anormalidades econômico-financeiras pela GGAME/DIOPE, a operadora de pequeno ou médio porte será intimada para, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da respectiva intimação, corrigir as anormalidades e apresentar a documentação pertinente.
Parágrafo único. A operadora será considerada intimada nas datas definidas no parágrafo único do art. 3º.
Art. 20. No prazo previsto no art. 19, a operadora poderá apresentar TAOEF, em alternativa à imediata solução das anormalidades detectadas.
§1º O TAOEF deverá seguir o modelo disposto no Anexo II desta RN.
§2º As operadoras que apresentem situações que prejudiquem a avaliação da sua situação econômico-financeira, tais como deficiências de controles internos, erros ou omissões nas suas informações contábeis ou outras inconsistências que venham a ser detectadas, deverão corrigi-las, no prazo máximo de 6 (seis) meses contados a partir da intimação a que se refere o art.19.
§3º Após o término das ações de correção de que trata o parágrafo anterior, as operadoras deverão encaminhar correspondência à ANS contendo relatório de revisão limitada emitido por auditoria independente que valide as medidas adotadas.
§4º O prazo de vigência do TAOEF permanece inalterado, mesmo na ocorrência da hipótese de que trata o §2º deste artigo.
§5º A adesão ao TAOEF implica na obrigação de correção de 50% (cinquenta por cento) de cada uma das anormalidades econômico- financeiras na primeira metade do seu prazo de vigência.

Seção II
Do Seu Prazo de Vigência

Art. 21. O TAOEF terá seu prazo de vigência de no máximo 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do primeiro dia mês subsequente ao término do prazo estabelecido no art. 19.

Seção III
Do Seu Acompanhamento

Art. 22. Durante o prazo de vigência do TAOEF a operadora não poderá distribuir lucros ou sobras, exceto nos casos previstos em lei.
Art. 23. A GGAME poderá determinar à operadora que forneça, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da intimação, qualquer informação ou documento, sempre que entender necessários ao acompanhamento do TAOEF.

Seção IV
Do Seu Encerramento

Art. 24. A operadora poderá solicitar o encerramento do TAOEF desde que, cumulativamente:
I - comprove que as anormalidades econômico-financeiras foram corrigidas;
II - demonstre estar atendendo integralmente as disposições regulamentares sobre garantias financeiras e ativos garantidores; e

III - esteja em dia com o envio à ANS dos documentos e informações econômico-financeiras periódicas e com a adoção do Plano de Contas Padrão.
Art. 25. O Diretor da DIOPE decidirá sobre o encerramento do TAOEF, intimando a operadora de sua decisão.

Seção V
Do Seu Cancelamento

Art. 26. O TAOEF será cancelado caso a operadora incorra em, pelo menos, uma das hipóteses abaixo:
I - irregularidades no envio dos documentos e informações econômico-financeiras periódicas à ANS e na adoção do Plano de Contas Padrão;
II - não atendimento ao disposto no art. 22;
III - não cumprimento das determinações previstas nos §§2º e 3º do art.20;
IV -deterioração da sua situação econômico-financeira durante o prazo de vigência do TAOEF.
Art. 27. O Diretor da DIOPE decidirá sobre o cancelamento do TAOEF, intimando a operadora da sua decisão.

Seção VI
Do Seu Não Cumprimento

Art. 28. O TAOEF será considerado não cumprido caso haja o enquadramento em, pelo menos, uma das hipóteses abaixo:
I - se, na primeira metade do prazo de sua vigência, não forem corrigidas 50% (cinquenta por cento) de cada uma das anormalidades econômico-financeiras; ou
II - se, ao final de sua vigência, não forem sanadas as anormalidades econômico-financeiras mencionadas no art. 19 ou surgirem novas anormalidades econômico-financeiras distintas das apontadas inicialmente.
Art. 29. O Diretor da DIOPE decidirá sobre o não cumprimento do TAOEF, intimando a Operadora da sua decisão.

Seção VII
Da Aplicação de Medidas pela Diretoria Colegiada[1]

Art. 30. A Diretoria Colegiada - DICOL aplicará quaisquer das medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, caso:[2]
I - não seja apresentada, no prazo fixado, a resposta à intimação mencionada no art. 19 ou o TAOEF;
II - não seja apresentada, no prazo fixado, resposta à intimação mencionada no art. 23;
III - as respostas às intimações mencionadas nos arts. 19 e 23 sejam consideradas insuficientes; ou
IV - o TAOEF apresentado seja:
a) cancelado; ou
b) considerado não cumprido.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 31. Das decisões proferidas pelo Diretor da DIOPE caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS como instância administrativa máxima.
§1º O recurso poderá ser interposto no prazo de 10 (dez) dias, contados da data em que a intimação da decisão for efetuada, com as razões e, se for o caso, os documentos que o fundamentam.
§2º Os recursos são recebidos no efeito devolutivo.
§3º Os recursos poderão ser recebidos no efeito devolutivo e suspensivo, por decisão fundamentada do Diretor da DIOPE, quando não houver grave e premente risco à saúde dos consumidores.

[1] Retificado conforme publicação do DOU em 26/10/2012, seção 1, p. 29.

[2] Retificado conforme publicação do DOU em 26/10/2012, seção 1, p. 29**.**

§4º Nas hipóteses em que o recurso tiver por fundamento a rejeição do PLAEF, na forma do art. 9º, a operadora poderá apresentar, por uma única vez, em caráter excepcional, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data em que a intimação da decisão for efetuada, um novo PLAEF.

Art. 32. O art. 11 da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito da saúde suplementar, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 11. Detectados indícios de desequilíbrio econômico financeiro ou de anormalidades administrativas, aplicar-se-á às entidades de autogestão o disposto na RN nº 307, de 22 de outubro de 2012, que dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde e nas Resoluções Normativas que dispõem sobre as medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998" (NR)

Art. 33. O inciso VII do art. 2º e o inciso III do art. 5º, todos da RN nº 52, de 14 de dezembro de 2003, que dispõe, em especial, sobre o regime especial de Direção Fiscal, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 2° .....

VII - não apresentação, rejeição, não cumprimento ou cancelamento de um dos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira e demais hipóteses previstas na RN nº 307, de 22 de outubro de 2012;

....." (NR)

"Art. 5º .....

.....

III - convolado o programa de saneamento em um Plano de Adequação Econômico Financeira - PLAEF de que trata a RN nº 307, de 22 de outubro 2012, vedada sua convolação em Termo de Assunção de Obrigações Econômico Financeiras - TAOEF, independente do porte da operadora;

....."(NR)

Art. 34. O §3º do art.3º e o *caput* do art. 3º-A, todos da RN nº 173, de 10 de julho de 2008, que dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 3º .....

.....§

3º As operadoras de planos de saúde que estiverem sob regime de direção fiscal devem enviar mensalmente o seu demonstrativo dos fluxos de caixa, por meio do DIOPS/ANS versão XML, com envio até o décimo dia do mês subsequente.

....."(NR)

Art. 3º-A As operadoras classificadas nas modalidades de cooperativa odontológica ou odontologia de grupo, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, número a ser apurado na data de 31 de dezembro do exercício imediatamente anterior, ficam dispensadas da obrigação de envio do DIOPS/ANS, versão XML, relativamente ao 1º (primeiro), 2º (segundo) e 3º (terceiro) trimestres, salvo se estiverem sob regime de direção fiscal. ....." (NR)

Art. 35. O subitem 2.1.2 da alínea "b" do inciso III do art. 2º; a alínea "h" do inciso I e os incisos VII e VIII do art.31; o inciso V e o §2º do art.34; e o inciso VIII do art.86, todos da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que dispõe sobre o regimento interno da ANS, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 2º .....

III -.....

.....

b).....

2.....

.....

2.1 .....

2.1.2. Coordenadoria de Procedimentos de Adequação Econômico- Financeira - COPAEF

....."(NR)

"Art. 31. .....

I - .....

.....

h) Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira das operadoras; e

.....

VII - proferir decisões no âmbito dos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira - PAEF;
VIII - informar à DICOL, quadrimestralmente, ou quando solicitado, as decisões proferidas nos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira das operadoras no período;
.....
....."(NR)
"Art. 34.....
V - conduzir, orientar e supervisionar os processos relacionados aos Procedimentos de Adequação Econômico-Financeiras das operadoras;
....."(NR)
§2º Compete à Coordenadoria de Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira - COPAEF auxiliar a GEAOP no exercício das atribuições previstas nos incisos I, II, V, VI, IX e X, e coordenar os processos de trabalho executados pelos servidores desta área." (NR)
"Art. 86.....
VII - despacho: expressa deliberação da ANS sobre o Procedimento de Adequação Econômico-Financeira, termo de compromisso de ajuste de conduta, petição, requerimento ou recurso de terceiros, e outros assuntos não previstos nos demais incisos enumerados neste artigo, de interesse individual ou coletivo, com alcance interno ou externo.
....."(NR)
Art. 36. O §1º do art. 2º e inciso V do art. 15 da RN nº 112, de 28 de setembro de 2005, que dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 2º.....
.....
§1º É vedada a aquisição de carteira de beneficiários por operadora sob regime especial, plano de recuperação assistencial, procedimentos de adequação econômico-financeira ou que esteja em situação irregular quanto ao processo de autorização de funcionamento."
(NR)
Art. 15. .....
.....
V - vedação à participação nessa convocação de operadoras que não estejam regulares com o processo de concessão de autorização de funcionamento, que se encontrem em regime especial, plano de recuperação assistencial, em procedimentos de adequação econômico-financeira ou que não possuam índices de liquidez e solvência capazes de suportar a adesão dos possíveis beneficiários aos novos contratos ofertados, de acordo com parecer da DIOPE; e
....." (NR)
Art. 37. O §1º do art. 4º da RN nº 270, de 10 de outubro de 2011, que dispõe sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação fusão ou cisão passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 4º .....
§1º A operadora que estiver sob regime de direção técnica e/ou fiscal ou em Procedimentos de Adequação Econômico- Financeira - PAEF poderá, excepcionalmente, ser objeto dos atos previstos no art. 1º, mediante o cumprimento das condições fixadas pelo Diretor da DIOPE.
....."(NR)
Art. 38. O inciso III do §2º do art. 7º da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe, em especial, sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde passa a vigorar com as seguintes redação:
"Art. 7º .....
§2º -.....
III - apresentação de um dos Procedimentos de Adequação Econômico- Financeira - PAEF;
....."
(NR)
Art. 39. Aplica-se esta Resolução Normativa às entidades fechadas de previdência complementar a que se refere o art. 14 da Instrução Conjunta SPC/ANS nº 01, de 18 de dezembro de 2008.
Art. 40. As disposições da presente Resolução Normativa não impedem a adoção imediata de quaisquer medidas previstas no artigo 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1999, desde que a gravidade da situação revele a inadequação da apresentação do Plano de Adequação Econômico-Financeira e do Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras.

Art. 41. Esta RN não se aplica às operadoras que, na data de sua entrada em vigor, se encontram submetidas aos regimes especiais a que se refere o art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 42. Fica revogada a RN nº 199, de 7 de agosto de 2009.
Parágrafo único. Os Planos de Recuperação Econômico-Financeira aprovados na ANS até o dia anterior à data da publicação desta Resolução serão regidos pela RN nº 199, de 7 de agosto de 2009.
Art. 43. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º; os incisos II, XVII e XXI e XXVIII e XXXII do artigo 4º; e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os incisos II, XVII, XIX, XXII, XXIX e XXXIII do artigo 3º do Decreto 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 24 de outubro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica:

I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos;

II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279, de 24 de novembro de 2011, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998; e

III - aos planos privados de assistência à saúde com formação de preço pós-estabelecido.

Art. 2º Para os fins desta Resolução considera-se:

I - agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;

II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme *caput* e §1º do artigo 3º, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo;

III - período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve
ser apurada previamente em data certa, conforme artigo 6º desta Resolução;

IV - período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários e anterior à data da divulgação do percentual de reajuste contida no artigo 8º desta Resolução; e

V - período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio e abril em que é aplicado o reajuste calculado aos contratos agregados ao agrupamento.

Parágrafo único. O contrato pode perder a condição de agregado ao agrupamento caso, posteriormente, deixe de possuir o número elegível para o agrupamento, conforme artigo 6º desta Resolução.

CAPÍTULO II
DAS REGRAS SOBRE O REAJUSTE DO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS COLETIVOS

Seção I
Do Agrupamento de Contratos Coletivos para o Cálculo do Percentual de Reajuste

[1] Publicada no DOU em 25/10/2012, seção 1, p. 72.

Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

§1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com 30 (trinta) ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no *caput*, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

§2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupamento de contratos, deverão ser observadas as regras estabelecidas nesta Resolução, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos coletivos.

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista artigo 6º, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

Art. 5º O agrupamento de contratos coletivos de que trata o artigo 3º poderá ser desmembrado em até 3 (três) sub-agrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma:

I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";

II - internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar sem obstetrícia", "hospitalar sem obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia" e "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico"; e

III - internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar com obstetrícia", "hospitalar com obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico", e "referência".

§1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de até 3 (três) percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de sub-agrupamentos.

§2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no §1º deverá guardar relação com a quantidade de sub-agrupamentos, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos.

Seção II
Da Apuração da Quantidade de Beneficiários

Art. 6º Para os efeitos desta Resolução, a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no §1º deste artigo.

§1º Para os contratos firmados após a vigência desta norma, a primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra prevista no *caput*, que corresponde ao mês de aniversário do contrato.

§2º Será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no *caput*, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

§3º Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no *caput*, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

§4º A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

§5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de estipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

§6º Em se tratando de administradora de benefícios na condição de prestadora de serviços para a pessoa jurídica contratante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta os beneficiários vinculados a cada contrato firmado.

Seção III
Da Aplicação do Percentual de Reajuste

Art. 7º O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.
§1º O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.
§2º O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.
§3º Aos contratos não agregados ao agrupamento, deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

Seção IV
Dos Aspectos Operacionais

Art. 8º A operadora deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.
§1º Quando a operadora de planos privados de assistência à saúde optar pelos sub-agrupamentos de que trata o artigo 5º, os percentuais de reajuste deverão ser divulgados, por tipo de cobertura, no dia e forma definidos no *caput*.
§2º A operadora deverá observar a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece o artigo 16 da RN n.º 171, de 29 de abril de 2008.
Art. 9º Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado.
§1º Na hipótese do *caput*, a operadora de planos privados de assistência à saúde terá o prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento do ofício da ANS, para atender a referida solicitação.
§2º A operadora deverá observar os normativos que disciplinam os comunicados de reajustes de planos coletivos, enviados à ANS por meio do sistema RPC.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 10. O primeiro reajuste de que trata esta Resolução será aplicado a partir do mês de maio de 2013 até abril de 2014, na data de aniversário de cada contrato agregado ao agrupamento.
Art. 11. Excepcionalmente para o primeiro reajuste, será apurada a quantidade de beneficiários do mês de janeiro de 2013 em cada contrato, para os efeitos desta Resolução.
Art. 12. Os contratos coletivos que possuem menos de 30 (trinta) beneficiários, ou a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde, na forma do *caput* e §1º do artigo 3º, deverão ser aditados para a adequação de suas cláusulas de reajuste à metodologia de reajuste delineada na presente Resolução, que deverá estar disposta de forma clara e inequívoca, inclusive quanto à fórmula ou outro meio adotado para se calcular o percentual de reajuste a ser aplicado para o agrupamento.
§1º O aditamento de que trata o *caput* dar-se-á sem supressão das cláusulas de reajuste já existentes, que serão aplicadas caso o contrato deixe de possuir a condição de agregado ao agrupamento.
§2º A operadora de planos privados de assistência à saúde deverá formalizar até 30 de abril de 2013 todas as alterações contratuais necessárias, de forma a possibilitar a aplicação do percentual de reajuste no aniversário do contrato, a partir de maio de 2013, conforme disposto nos artigos 10 e 11.
§3º Caso o contrato não seja aditado, por opção da pessoa jurídica contratante, haverá a consequência descrita no §5º deste artigo e a aplicação do reajuste será de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.
§4º Na hipótese de contrato estipulado por administradora de benefícios, caberá a esta a rejeição do aditamento e todos os efeitos descritos no §3º também serão aplicados.

§5º Não poderão receber novos beneficiários os contratos que não tenham sido aditados para contemplar as alterações necessárias para o cumprimento das disposições desta Resolução.
§6º Ressalvam-se do disposto no §5º os casos de ingresso de novo cônjuge e filhos do titular.
§7º Cabe à operadora de planos privados de assistência à saúde o ônus da prova de que ofereceu o aditamento aos contratantes referidos nos §§3º e 4º deste artigo.
Art. 13. Os contratos coletivos firmados a partir de 1º de janeiro de 2013 deverão conter cláusula de metodologia de reajuste que observa a presente Resolução.
Art. 14. Revogado.[1]
Art. 15. O artigo 40 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Publicação ou Divulgação de Informações
Art. 40. Deixar de publicar ou divulgar, nos meios definidos nos normativos específicos, as informações exigidas pela ANS:
Sanção - multa de R$ 30.000,00." (NR)
Art. 16. A RN nº 124, de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos: "Agrupamento de Contratos.
Art. 61-D Deixar a operadora de promover o agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários, ou com o quantitativo de beneficiários estipulado pela própria operadora, ou promovê-lo em desacordo com a regulamentação
específica para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento:
Sanção - multa de R$ 45.000,00"
"Cláusula de Agrupamento".
Art. 66-A Deixar a operadora de aditar o contrato quando obrigada a fazê-lo, nos termos do normativo específico, para fins de aplicação do reajuste calculado a partir do agrupamento de contratos:
Sanção - multa de R$ 30.000,00"
Art. 17. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] O art. 14 foi revogado, conforme art. 5º da RN nº 356/2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 310, DE 30 DE OUTUBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 4º, inciso XLI, alínea "a", e art. 10, inciso II, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 24 de outubro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I
Do objeto

Art. 1º Esta Resolução Normativa- RN dispõe sobre os princípios para oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pelas operadoras de planos de assistência à saúde .

Parágrafo único. As medicações que aludem esta RN devem ter seus registros ativos, de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA.

Art. 2º A presente RN aplica-se a todos os contratos individuais, familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais celebrados a partir de 2 de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 3º As operadoras de planos de assistência à saúde poderão, facultativamente, ofertar a seus beneficiários contrato acessório de medicação de uso domiciliar, que deverá seguir os princípios estabelecidos na presente RN.

§1º Além do contrato acessório, a medicação de uso domiciliar poderá, também, ser ofertada aos beneficiários por liberalidade da operadora ou através de previsão no contrato principal de plano de assistência à saúde.

§2º As regras disciplinadas nesta RN não se aplicam à oferta de medicação de uso domiciliar por liberalidade da operadora ou através de previsão no contrato principal de plano de assistência à saúde.

Seção II
Das Definições

Art. 4º Para fins desta RN são consideradas as seguintes definições:

I - Medicação de uso domiciliar: aquela prescrita pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde;

II - Contrato acessório: instrumento contratual, acessório ao contrato principal de plano privado de assistência à saúde, voltado para a cobertura de serviços adicionais de assistência à saúde, não previstos na Lei 9.656, de 1998, ou não integrantes do Rol Médico ou Odontológico de Procedimentos e Eventos em Saúde;

III - Por liberalidade da operadora, seja em programas considerados especiais, voltados para a promoção da saúde e prevenção de riscos, ou em outras situações pontuais: ato pelo qual a operadora oferecerá medicação de uso domiciliar a seus beneficiários, sem a cobrança de qualquer contrapartida financeira além das já advindas da celebração do contrato (principal) de plano privado de assistência à saúde, ou subsidiada parcialmente pela operadora;

[1] Publicado no DOU em 31/10/2012, seção 1, p. 75.

IV - Através de previsão no contrato do plano de assistência à saúde: forma de oferta da medicação de uso domiciliar como característica vinculada ao produto comercializado, devendo seguir as cláusulas contratuais e as normas referentes ao registro de produto;
e
V - Medicamento Genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, conforme definido pelo órgão competente - ANVISA.

CAPITULO II
DO CONTRATO ACESSÓRIO DE MEDICAÇÃO DE USO DOMICILIAR

Art. 5º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde a oferta de medicação de uso domiciliar por meio de contrato acessório, nos termos do *caput* do art. 3º desta RN.
Parágrafo único. O contrato acessório poderá apresentar características diferentes para planos individuais e coletivos, assim como entre os diversos contratos coletivos, desde que seja observado o disposto nesta Resolução.
Art. 6º A adesão dos beneficiários aos contratos acessórios de medicação de uso domiciliar é facultativa.
Art. 7º A faculdade a que alude o art. 6º desta RN pode ser exercida:
I - pelo beneficiário titular, quando se tratar de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares ou, ainda, coletivos por adesão; e
II - pela pessoa jurídica contratante, quando se tratar de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais.
Art. 8º O prazo mínimo de vigência dos contratos acessórios de medicação de uso domiciliar é de 12 (doze) meses, contado da data de sua assinatura, e renovável automaticamente por igual período.
Art. 9º A formação de preço do serviço de medicação de uso domiciliar poderá se dar em regime de pré-pagamento, pós-pagamento ou misto, assim considerados:
I - pré-pagamento: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas;
II - pós-pagamento: quando 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; e
III - misto: quando associar as formas de pré-pagamento e pós-pagamento.
Parágrafo único. A formação de preço no regime de pós-pagamento ocorrerá na forma de rateio, assim entendido quando 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.
Art. 10. Os reajustes das mensalidades do serviço de medicação de uso domiciliar contratado por pessoas físicas deverão ser anuais e obedecerão às seguintes regras, sem prejuízo de outras que possam vir a ser estabelecidas:
I - poderão ser aplicadas as cláusulas de reajuste que sejam claras, assim consideradas aquelas que elejam um índice de preços de ampla divulgação, por instituição reconhecida;
II - o percentual do reajuste a ser aplicado deverá ser mensurado com base no índice divulgado, não podendo ser consideradas as eventuais projeções do respectivo índice;
III - o reajuste a ser aplicado ao contrato deverá estar limitado ao apurado com base em 12 (doze) meses ininterruptos;
IV - a defasagem máxima permitida entre a apuração do reajuste e sua aplicação será de 3 (três) meses;
V - a operadora poderá aplicar, no máximo, o reajuste previsto na cláusula contratual;
VI - caso o mês de aniversário do plano privado de assistência à saúde contratado seja diferente do mês de contratação do contrato acessório de medicação de uso domiciliar, o reajuste anual deverá ocorrer na data de aniversário do plano de saúde;
VII - se, na data do primeiro reajuste anual do contrato acessório de medicação de uso domiciliar, o período decorrido desde a sua contratação for inferior a 12 (doze) meses, o valor da mensalidade deverá ser mantido, e o reajuste proporcional aplicado no próximo período;
VIII - na hipótese prevista no inciso anterior, o cálculo do segundo reajuste poderá considerar a variação ocorrida desde a data da contratação do contrato acessório de medicação de uso domiciliar, de forma pró-rata; e
IX - na aplicação dos reajustes descritos nos incisos anteriores, os boletos de cobrança deverão conter o demonstrativo da incidência diferenciada sobre cada parcela.

Parágrafo único. Os valores das contraprestações do contrato acessório de medicação de uso domiciliar e do contrato principal deverão constar separadamente, ainda que estejam no mesmo boleto de pagamento.

Art. 11. É facultada a adoção de um dos seguintes mecanismos de regulação:

I - coparticipação, correspondente à parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano de assistência à saúde, referente à realização do procedimento/ medicação; ou

II - valor estabelecido no contrato acessório de medicação de uso domiciliar, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, nos casos de reembolso ou de pagamento à rede credenciada ou referenciada.

§1º A coparticipação de que trata o inciso I poderá ser adotada no percentual máximo de 50% (cinquenta por cento).

§2º O valor a que alude o inciso II deste artigo, não poderá variar em função do medicamento, a exceção da Classificação de Medicamentos Genéricos, devendo corresponder a um percentual da contraprestação pecuniária vigente do plano de assistência à saúde.

Art. 12. As operadoras de planos de assistência à saúde poderão estabelecer períodos de carência para o contrato acessório de medicação de uso domiciliar.

Parágrafo único. O período de carência não poderá ultrapassar 90 (noventa) dias corridos, contado da data de celebração do contrato acessório de medicação de uso domiciliar.

Art. 13. Os contratos acessórios de medicação de uso domiciliar ofertados pelas operadoras de planos de assistência à saúde deverão cobrir, nos contratos individuais, no mínimo, os grupos de patologias abaixo descritas, bem como 80% (oitenta por cento) dos princípios ativos associados às seguintes enfermidades:

I - Diabetes Mellitus;

II - DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica);

III - Hipertensão Arterial;

IV - Insuficiência coronariana;

V - Insuficiência cardíaca congestiva; e

VI - Asma brônquica.

Parágrafo único. Para os planos coletivos por adesão e empresariais, a escolha das patologias deve se dar a partir da análise da frequência de patologias na massa de beneficiários a ser coberta, por parte da operadora de planos de assistência à saúde e do contratante.

Art. 14. A operadora deverá disponibilizar a lista completa das medicações a serem cobertas por patologia, classe terapêutica, princípio ativo e marcas, no momento da oferta do serviço de medicação de uso domiciliar ao beneficiário.

Art. 15. As regras de utilização do serviço de medicação de uso domiciliar devem estar claramente descritas no contrato acessório, que deverá conter , obrigatoriamente, sem prejuízo de outras exigências:

I - regras operacionais para o acesso à medicação;

II - prazo de entrega, se houver;

III - regras sobre o uso de receita, prescritas pelo médico ou odontólogo assistentes, e suas características;

IV - diretrizes associadas;

V - regras de exclusão;

VI - formas de orientação ao paciente; e

VII - regras para a atualização da tabela.

Art. 16. A ANS poderá editar regulamentação específica dispondo sobre os incentivos a serem concedidos para as operadoras de planos de assistência à saúde com o intuito de estimular a oferta do contrato acessório de medicação de uso domiciliar aos beneficiários.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO poderá editar Instrução Normativa para complementação e detalhamento dos procedimentos previstos nesta Resolução.

Art. 18. Esta Resolução Normativa - RN entra em vigor na data da sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 311, DE 1º- DE NOVEMBRO DE 2012[1]

Estabelece critérios mínimos para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde, disciplina o procedimento para o seu cadastramento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 4º, incisos XIV e XX da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; no art. 9º, inciso III, do Anexo I ao Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e no artigo 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de junho de 2009; em reunião realizada em 24 de outubro de 2012 adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO INICIAL

Art. 1º Esta Resolução estabelece critérios mínimos para o exercício de cargo de administrador de operadora de planos privados de assistência à saúde, disciplina o procedimento para o seu cadastramento junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS após o registro no órgão competente e dá outras providências.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Definição de Administrador

Art. 2º Para fins desta Resolução são considerados administradores as pessoas naturais, residentes no País, eleitas, nomeadas ou designadas para os cargos de diretor, administrador ou conselheiro do Conselho de Administração, ou órgão assemelhado, independentemente da nomenclatura e do tipo societário da qual faça parte.
§1º A exigência de residência no País prevista no *caput* não se aplica à pessoa natural eleita para o cargo de membro do Conselho de Administração de sociedade anônima.
§2º Revogado. [2]
§3º Ressalvadas as exigências e restrições legais, estatutárias ou contratuais, a operadora de planos privados de assistência à saúde poderá designar pessoa estranha ao seu quadro social para exercer o cargo de administrador, o qual deverá preencher as condições e os requisitos previstos nesta Resolução.

Seção II
Das Restrições Para o Exercício do Cargo de Administrador

Art. 3º Não pode exercer o cargo de administrador:
I - o impedido por lei especial;
II - o declarado falido ou insolvente, salvo quando suas obrigações já tiverem sido declaradas extintas pelas respectivas autoridades competentes;
III - o que participou da administração de pessoa jurídica que esteja, ou que tenha estado em falência, insolvência civil, ou liquidação não voluntária, seja extrajudicial ou judicial, nos últimos cinco anos contados da data da decretação do encerramento destes institutos pela respectiva autoridade competente;
IV - o que participou ou está participando da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde durante a vigência de regime especial de direção fiscal e/ou técnica, cujo encerramento não tenha sido deliberado pela Diretoria Colegiada da ANS;

[1] Publicado no DOU em 02/11/2012, seção 1, p. 62.
[2] O § 2º do art. 2º foi revogado, conforme art. 5º da RN nº 355/2014

V - o inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta;
VI - o que está sob os efeitos de condenação por pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato; ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, a fé pública ou a propriedade; ou, havendo sido condenado, estar reabilitado na forma da legislação penal; e
VII - o que participou da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde durante a vigência de regime especial de direção fiscal e/ou técnica, cujo encerramento tenha se dado com o cancelamento compulsório da autorização de funcionamento ou do registro provisório pela Diretoria Colegiada da ANS como medida alternativa à decretação de liquidação extrajudicial, pelo período de 5 (cinco) anos após a efetiva baixa do registro.
§1º A restrição prevista no inciso IV não se aplica na hipótese de recondução do administrador no cargo ou prorrogação do seu mandato na mesma operadora de planos privados de assistência à saúde que esteja em regime de direção fiscal e/ou técnica.
§2º As restrições previstas nos incisos IV e VII atingem todos que tiveram os bens indisponibilizados por participarem da administração de operadora de planos privados de assistência à saúde nos doze meses anteriores ao ato de decretação de regime especial de direção fiscal ou técnica, ou por força do disposto no inciso I, do §3º, do art. 24-A da Lei 9.656, de 1998.

Seção III
Da Instrução do Pedido de Cadastramento

Art. 4º A comunicação de eleição, nomeação ou designação por alteração em contrato ou estatuto social para a ocupação de cargo de administrador em operadora de planos privados de assistência à saúde será feita no prazo de 30 (trinta) dias, contados do dia em que o ato é devidamente datado e assinado, devendo o expediente, dirigido à ANS, ser acompanhado da seguinte documentação:
I - cópia da ata da assembleia geral ou da reunião do órgão competente que tenha eleito, nomeado ou designado o administrador, quando se tratar de órgãos estatutários;
II - cópia do contrato social ou de sua alteração, contendo cláusula de nomeação ou designação do administrador, denominação do cargo e poderes outorgados;
III - termo de Responsabilidade assinado pelo administrador, conforme modelo constante do Anexo; e
IV - cópia do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos administradores, fornecido pela Receita Federal.
§1º Os atos mencionados nos incisos I e II deverão estar devidamente arquivados nos registros competentes, sendo obrigatória a comprovação por meio de cópia do instrumento emitido pelo órgão.
§2º A DIOPE poderá estender o prazo previsto no *caput* em caso excepcionais, como na hipótese de o registro não restar concluído por mora do órgão de registro competente.
§3º Na hipótese de designação de administrador estranho ao quadro social, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá indicar o nome do designado, a denominação do cargo, os poderes outorgados e o vencimento do contrato, se houver.
§4º A ANS poderá, a seu critério, solicitar documentos e informações adicionais que julgar necessários à adequada instrução do processo de cadastramento.
§5º O cadastramento do administrador não exime a responsabilidade pela fidedignidade das informações prestadas do próprio administrador e da operadora de planos privados de assistência à saúde.
§6º A constatação, a qualquer tempo, de que o administrador se encontra em uma das restrições previstas no art. 3º sujeitará o próprio administrador e a operadora de planos privados de assistência à saúde, às sanções administrativas cabíveis, sem prejuízo da apuração da responsabilidade civil e criminal pela autoridade competente.

Seção IV
Do Indeferimento e Invalidação do Cadastramento

Art. 5º Constatando-se, no curso do processo ou a qualquer tempo, que o administrador se encontra em uma das restrições previstas no art. 3º, a DIOPE cientificará a operadora de planos privados de assistência à saúde e o administrador do fato, concedendo prazo de 10 (dez) dias, contados da data do

recebimento da notificação, para, querendo, formularem impugnação, devidamente instruída, às irregularidades detectadas.

Art. 6º Caso a impugnação prevista no art. 5º não seja acolhida ou não seja formulada, o pedido de cadastramento será indeferido ou o cadastramento do administrador anteriormente efetivado será invalidado.

Parágrafo único. Após as providências descritas no *caput*, a operadora de planos privados de assistência à saúde será notificada para promover a substituição do administrador, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da notificação, sendo expressamente informada, na mesma oportunidade, sobre a possibilidade de incorrer nas medidas descritas no art. 7º.

Art. 7º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde devidamente notificada na forma do art. 6º não substitua o administrador no prazo fixado, ficará sujeita ao cancelamento ou indeferimento do pedido da sua autorização de funcionamento, após a transferência compulsória da carteira e o consequente cancelamento do registro de operadora isolado ou cumulado com a decretação de liquidação extrajudicial, conforme o caso, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

Seção V
Do Termo de Responsabilidade

Art. 8º O termo de responsabilidade é o instrumento por meio do qual o administrador eleito, nomeado ou designado declara que não se encontra em uma das restrições previstas no art. 3º desta Resolução.

Parágrafo único. O termo de responsabilidade, elaborado na forma do Anexo desta Resolução, deve ser assinado pelo administrador eleito, nomeado ou designado e compor a instrução do pedido de cadastramento juntamente com os demais documentos referidos no art. 4º desta Resolução.

Seção VI
Da Reeleição, Renomeação ou Redesignação de Administrador

Art. 9º Nas hipóteses de reeleição, renomeação ou redesignação de administrador, o ato respectivo também deve ser encaminhado à ANS no prazo previsto no *caput* do art. 4º e instruído com os documentos referidos nos seus incisos.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 10. Esta Resolução não se aplica aos administradores que se encontram no exercício do cargo até a data da publicação desta Resolução.

§1º Para os casos descritos no *caput*, aplica-se a norma vigente à época da sua nomeação.

§2º. Na hipótese de reeleição, renomeação ou redesignação dos administradores referidos no *caput* após o início de vigência desta norma, o recadastramento deverá ser requerido na forma e nos termos desta Resolução.

Art. 11. As empresas classificadas na modalidade Autogestão por Recursos Humanos estão isentas do cumprimento desta Resolução, conforme disposto no inciso I do art. 2º da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006.

Art. 12. A DIOPE poderá editar regulamentação específica para o fiel cumprimento desta Resolução.

Art. 13. O artigo 24 da Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, passa vigorar acrescido do seguinte dispositivo:

"Art. 24.....

"VI - no caso de não substituição do administrador na forma da RN específica."

Art. 14. O item 1.4 do anexo I e o item 1.15 do anexo IV, todos da Resolução Normativa - RN nº 85, de 2004, passam a vigorar com a seguinte redação:

"ANEXO I

.....

1.4 Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do Anexo à RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, 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.

....."

(NR).

"ANEXO IV

.....

1.15 Termo de Responsabilidade, elaborado na forma do anexo à RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, 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.

....."(NR)

Art. 15. Fica revogada a Resolução Normativa - RN nº 11, de 22 de julho de 2002.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

ANEXO

Termo de Responsabilidade

Eu, [nome completo], [nacionalidade], [estado civil], nascido(a) no(a) [Local de Nascimento] no [dia, mês e ano], do sexo [masculino/feminino], residente e domiciliado na [Avenida/Rua, n.º, Complemento], [Bairro], [Município], [UF], [CEP], telefone [DDD/Telefone comercial e residencial], e-mail [e-mail], portador(a) do documento de identidade n.º [contendo tipo, número, órgão expedidor e data de expedição], inscrito(a) no CPF sob o n.º [11 dígitos], filho(a) de [filiação completa], [eleito(a)], [reeleito(a)], [nomeado(a)], [renomeado(a)], [designado(a)] ou [redesignado(a)] como administrador(a) para exercer o cargo de [nome do cargo], na operadora de planos privados de assistência à saúde [razão social completa], inscrita no CNPJ sob n.º [14 dígitos] e registrada sob o n.º [6 dígitos] na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, DECLARO, para os devidos fins de direito:

1 - que não me enquadro nas restrições descritas no art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 311, de 1 de novembro de 2012, e preencho os requisitos das demais legislações pertinentes em vigor, para o exercício do cargo de [nome do cargo] na operadora de planos privados de assistência acima qualificada para o qual fui [eleito(a)], [reeleito(a)], [nomeado(a)], [renomeado(a)], [designado(a)] ou [redesignado(a)]; e

2 - assumo, sob pena de sofrer as sanções cíveis, administrativas e criminais cabíveis, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas.

Local e Data:
Nome do Administrador

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 316, DE 30 DE NOVEMBRO 2012[1]

Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a RDC nº 47, de 3 de janeiro de 2001, e a RN nº 52, de 14 de novembro de 2003.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 23 a 24-D e 35- J, todos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; os incisos XXXIII, XXXIV, XL e as alíneas "c" e "d" do inciso XLI, todos do art. 4º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 13 de novembro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º A presente Resolução dispõe sobre os regimes de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II
DO REGIME ESPECIAL DE DIREÇÃO FISCAL

Seção I
Da Instauração e Encerramento do Regime

Art. 2° O regime especial de direção fiscal poderá ser instaurado, quando detectadas uma ou mais anormalidades econômico financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, conforme abaixo especificadas, sem prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS.

I - totalidade do ativo em valor inferior ao passivo exigível;

II - desequilíbrios estruturais na relação entre ativos e passivos de curto prazo que comprometam a liquidez;

III - inadequação às regras de garantias financeiras e ativos garantidores;

IV - inadimplência contumaz com o pagamento aos prestadores;

V - não apresentação, rejeição, cancelamento ou descumprimento do Plano de Adequação Econômico-Financeira - PLAEF ou do Termo de Assunção de Obrigações Econômico-Financeiras - TAOEF;

VI - obstrução ao acompanhamento da situação econômico-financeira;

VII - não adoção ou inobservância das regras do Plano de Contas Padrão da ANS;

VIII - deficiência de controles internos, inconsistências, erros ou omissões nas informações contábeis que prejudiquem a avaliação da situação econômico-financeira.

IX - inobservância das normas referentes à autorização de funcionamento; ou

X - alteração ou transferência do controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento em descumprimento às normas da ANS, se não promovida a regularização do ato.

Parágrafo único. Considera-se obstrução ao acompanhamento da situação econômico-financeira qualquer conduta ou omissão da operadora que venha a impor injustificadas dificuldades ao exercício das atividades de acompanhamento ou monitoramento econômico-financeiro da ANS.

Art. 3º A ANS poderá instaurar novo regime de direção fiscal quando não se revelar mais adequada a adoção de outra medida e persistir a necessidade de acompanhamento presencial das atividades da operadora, em especial para:

I - monitorar a situação econômico-financeira da operadora durante o procedimento de transferência da carteira;

[1] Publicado no DOU em 03/12/2012, seção 1, p. 55.

II - concluir a avaliação de Programa de Saneamento; ou
III - apurar fato superveniente ou circunstância relevante que torne inadequada a adoção de medida administrativa mais gravosa.
§1º A instauração do novo regime a que se refere o *caput* deste artigo poderá se dar na sequência do regime anterior.
§2º O procedimento de transferência da carteira a que se refere o inciso I do *caput* deste artigo se dará na forma de resolução específica.
§3º Nas hipóteses dos incisos I e III do *caput* deste artigo poderá ser dispensada a instauração de novo regime de direção fiscal quando:
I - a operadora apresentar anormalidade administrativa que prejudique a avaliação de sua situação econômico-financeira;
II - o encargo da operadora com a direção fiscal representar ônus financeiro desproporcional a seu porte; ou
III - o número de beneficiários que compõe a carteira da operadora for residual.
Art. 4° O regime de direção fiscal se encerrará quando:
I - afastada a gravidade das anormalidades que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde;
II - convolado o Programa de Saneamento em PLAEF;
III - decretado o regime de liquidação extrajudicial;
IV - cancelada a autorização de funcionamento ou o registro provisório da operadora;
V - transformado em direção técnica; ou
VI - cessada a prática infrativa do exercício da atividade de operação de plano privado de assistência à saúde sem autorização da ANS, quando este for o motivo do regime especial e se não houver motivo para a decretação da liquidação extrajudicial.

Seção II
Do Diretor Fiscal

Art. 5º A direção fiscal será conduzida por diretor fiscal, sem poderes de gestão, designado pela ANS.
Parágrafo único. As formas de designação e remuneração do diretor fiscal serão disciplinadas em resolução específica.
Art. 6º Compete ao Diretor Fiscal:
I - colher documentos e informações da operadora que possam instruir o processo de acompanhamento de suas atividades administrativas e de sua situação econômico-financeira, bem como obter cópia do estatuto ou contrato social consolidado da operadora, caso necessário;
II - proceder à auditoria das contas da operadora, tomando por base o balanço ou balancete contábil mais atualizado;
III - colher informações com credores e beneficiários da operadora;
IV - determinar a apresentação pela operadora de Programa de Saneamento com ações e metas que visem à sua recuperação econômico-financeira;
V - avaliar o Programa de Saneamento apresentado pela operadora e submetê-lo à deliberação da ANS;
VI - determinar à operadora a convocação de reunião de seus órgãos estatutários de administração, podendo participar como ouvinte, quando for o caso; e
VII - propor à ANS, quando for o caso:
a) o afastamento dos administradores que descumprirem suas determinações ou obstruírem sua atuação, observado o disposto no parágrafo único do art. 2º.
b) a adoção de providências necessárias à responsabilização de quaisquer pessoas, diante de indícios de condutas ilegais;
c) a adoção de medidas perante as instituições públicas ou privadas que possam contribuir para a condução do regime de direção fiscal;
d) o encerramento do regime de direção fiscal, quando afastada a gravidade das anormalidades que coloquem em risco a continuidade do atendimento à saúde;
e) a transformação do regime de direção fiscal em direção técnica ou a instauração concomitante deste regime, conforme o caso;
f) a alienação da carteira da operadora ou a concessão de portabilidade especial a seus beneficiários, ou a decretação da liquidação extrajudicial ou o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório, nas hipóteses previstas nesta Resolução; e

g) demais medidas que julgar cabíveis para o cumprimento eficiente do regime.
§1º Os atos do diretor fiscal dirigidos à operadora serão formalizados por meio de Instrução Diretiva - ID.
§2º Ao diretor fiscal deverá ser dado conhecimento prévio da realização de quaisquer atos societários ou negócios jurídicos pretendidos pela operadora.
Art. 7º São deveres do diretor fiscal:
I - informar à ANS a relação de todos os administradores:
a) que tenham estado no exercício das funções nos 12 (doze) meses anteriores à instauração do regime, bem como dos que tenham concorrido, durante este período, para a sua instauração; e
b) que venham a assumir suas funções durante o regime;
II - comunicar à ANS indícios de irregularidades na transferência de bens, direitos ou obrigações da operadora ou de transferência de bens postos em indisponibilidade;
III - manter sigilo sobre as informações a que tiver acesso no curso do regime de direção fiscal;
IV - apresentar à ANS relatórios periódicos sobre a condução do regime de direção fiscal, devidamente instruídos, na forma estabelecida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE;
V - prestar informações complementares, quando determinado pela ANS;
VI - encaminhar à ANS elementos comprobatórios da prática de condutas ilegais;
VII - verificar se as informações expressas nos documentos contábeis e gerenciais refletem a real situação da operadora e se as informações periódicas obrigatórias encaminhadas à ANS estão de acordo com os documentos contábeis e controles internos da operadora;
VIII - avaliar a eventual ocorrência de situações que configurem falência ou insolvência civil da operadora, observado o disposto no art. 33 desta RN; e
IX - praticar os atos determinados pela ANS.
§1º O descumprimento dos deveres previstos neste artigo poderá implicar a imediata exoneração do diretor fiscal de suas funções e na sua inabilitação para o exercício do cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal, civil e por ato de improbidade administrativa do infrator.
§2º Compete à DIOPE a apuração da responsabilidade referida no parágrafo anterior, ressalvada a competência exclusiva da Diretoria Colegiada para a aplicação da sanção administrativa.

Seção III
Do Programa de Saneamento

Art. 8º O diretor fiscal poderá determinar a apresentação pela operadora de Programa de Saneamento, de forma a solucionar as anormalidades econômico-financeiras identificadas no curso da direção fiscal.
§1º O prazo para apresentação do Programa de Saneamento é de 30 (trinta) dias, contado do recebimento da respectiva ID, prorrogável por até igual período, a critério da DIOPE, mediante pedido justificado da operadora.
§2º O Programa de Saneamento não é aplicável à operadora que apresente anormalidade administrativa que prejudique a avaliação da sua situação econômico-financeira.
Art. 9º O Programa de Saneamento deverá apresentar, em projeções mensais, as ações e metas documentadas para a solução de todas as anormalidades identificadas no curso da direção fiscal.
§1º O Programa de Saneamento deverá ser elaborado em conformidade com as projeções e condições estabelecidas para o PLAEF.
§2º O prazo de vigência do Programa de Saneamento será de 18 (dezoito) meses, para operadoras de grande porte, e de 24 (vinte e quatro) meses, para as demais, contado a partir do primeiro dia do mês subseqüente à posição contábil mais atual da operadora.
§3º Para efeito do disposto no parágrafo anterior, consideram- se de grande porte as operadoras com 100.000 (cem mil) beneficiários ou mais no mês anterior ao início do Programa de Saneamento.
§4º O diretor fiscal e a DIOPE poderão requerer o fornecimento de informações adicionais sempre que entenderem necessárias à análise do Programa de Saneamento apresentado.
§5º A operadora deverá promover as ações propostas no Programa de Saneamento desde sua apresentação.
Art. 10. O Diretor da DIOPE decidirá sobre a aprovação ou rejeição do Programa de Saneamento, intimando a operadora de sua decisão.
§1º Se aprovado, o Programa de Saneamento será convolado em PLAEF pela Diretoria Colegiada.
§2º É vedada a convolação do Programa de Saneamento TAOEF.

§3º Se não apresentado ou for rejeitado o Programa de Saneamento, poderá ser determinada pela Diretoria Colegiada a alienação da carteira da operadora ou a concessão de portabilidade especial a seus beneficiários, ou a decretação de sua liquidação extrajudicial ou o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório.

Art. 11. O Programa de Saneamento será rejeitado nos seguintes casos:

I - se a operadora:

a) não enviar à ANS os documentos e informações econômico- financeiras;

b) não adotar o Plano de Contas Padrão da ANS;

c) apresentar anormalidade que prejudique a avaliação de sua condição econômico-financeira; ou

d) não acolher os ajustes determinados pelo diretor fiscal ou pela DIOPE;

II - se as projeções econômico-financeiras:

a) apresentarem graves inconsistências; ou

b) não demonstrarem a reversão de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) de cada anormalidade econômico-financeira na primeira metade do período de vigência e, ao final, a reversão integral; ou

III - se não se vislumbrar a efetividade das ações e metas apresentadas.

§1º O Diretor da DIOPE poderá rejeitar o Programa de Saneamento, cabendo recurso à Diretoria Colegiada da ANS.

§2° O recurso deverá ser interposto perante o Diretor da DIOPE no prazo de 10 (dez) dias, contado da intimação da decisão, por ofício ou por qualquer outro meio que assegure a ciência inequívoca da decisão pela operadora.

§3° O recurso será recebido no efeito devolutivo.

§4° O recurso poderá ser recebido nos efeitos devolutivo e suspensivo, por decisão do Diretor da DIOPE, considerando a ponderação entre o perigo de dano irreparável ou de difícil reparação e o risco ao atendimento à saúde dos consumidores.

§5º A concessão de efeito suspensivo ao recurso importará na manutenção do regime de direção fiscal, suspendendo apenas a implementação da medida que seria adotada em decorrência da rejeição do Programa de Saneamento.

Seção IV
Do Afastamento de Administrador

Art. 12. O descumprimento das determinações do diretor fiscal pelos administradores poderá acarretar a determinação de seu afastamento, por decisão da Diretoria Colegiada da ANS, mediante proposta da DIOPE, sem prejuízo das sanções cabíveis.

§1º A ANS poderá determinar o afastamento dos administradores da operadora sob direção fiscal como medida cautelar para garantir a regular condução do regime.

§2º O Diretor-Presidente da ANS comunicará a determinação do afastamento à operadora, ao administrador a ser afastado e às autoridades competentes, por ofício ou por qualquer outro meio que assegure a ciência inequívoca da decisão.

§3º Da decisão da Diretoria Colegiada da ANS que determinar o afastamento caberá pedido de reconsideração, sem efeito suspensivo, no prazo de 10 (dez) dias contado da intimação do administrador a ser afastado.

§4º A Diretoria Colegiada poderá manter o afastamento do administrador na hipótese de instauração de novo regime, na forma do art. 3º.

Art. 13. Determinado o afastamento, a operadora deverá promover a substituição do administrador a ser afastado, nos termos de seus atos constitutivos, cumprindo ao substituto o exercício das funções de gestão enquanto perdurar o afastamento do titular ou até o término de seu mandato.

§1º O diretor fiscal não poderá substituir o administrador afastado.

§2º A inexistência de substitutos ou a obstrução à substituição poderá ensejar a determinação pela ANS da alienação da carteira da operadora ou a concessão de portabilidade especial a seus beneficiários, ou a decretação de sua liquidação extrajudicial ou o cancelamento de sua autorização de funcionamento ou do registro provisório.

Art. 14. Se levantado o regime de direção fiscal, o afastado poderá ser reconduzido às funções de gestão da operadora.

Art. 15. A recusa ao cumprimento da determinação da ANS pelo afastamento implicará a aplicação das sanções cabíveis.

Art. 16. São ineficazes perante a ANS todos os atos praticados por administrador cujo afastamento foi determinado a partir da data em que se determinou seu afastamento.

CAPÍTULO III
DA LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Seção I
Da Decretação e Efeitos da Liquidação Extrajudicial

Art. 17. A liquidação extrajudicial da operadora poderá ser decretada pela ANS, quando verificada ao menos uma das seguintes situações:
I - indícios de dissolução irregular;
II - não alcance dos objetivos de saneamento das anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves;
III - ausência de substituição de administradores inabilitados ou afastados por determinação da ANS, sempre que o abandono ou a omissão continuada dos órgãos de deliberação importar em risco para a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários; ou
IV - aplicação de sanção administrativa de cancelamento de sua autorização de funcionamento ou do registro provisório, na forma do art. 25, VI, da Lei nº 9.656, de 1998.
§1º A liquidação extrajudicial da operadora poderá ser decretada independentemente de instauração do regime de direção fiscal sempre que a gravidade das anormalidades econômico-financeiras ou administrativas impliquem risco iminente à manutenção do atendimento à saúde.
§2º A liquidação extrajudicial poderá ser decretada a requerimento dos administradores da operadora, quando autorizados pelos estatutos ou por deliberação em assembleia geral extraordinária, expostos de forma circunstanciada os motivos justificadores da medida.
Art. 18. Havendo beneficiários ativos na operadora, a decretação da liquidação extrajudicial será precedida da alienação de sua carteira ou da portabilidade especial a esses beneficiários, na forma definida em resolução específica.
Art. 19. A ANS poderá decidir pelo cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da operadora, como medida alternativa à decretação da liquidação extrajudicial, quando se apresentar como mais adequada à realização do interesse público visado pelo ato, devendo-se considerar, para tanto, ao menos uma das seguintes circunstâncias, dentre outras:
I - o total de obrigações líquidas da operadora com prestadores de serviços da rede assistencial não for superior ao equivalente a 40 (quarenta) salários mínimos;
II - os custos do processamento da liquidação extrajudicial possam frustrar a expectativa dos credores de receberem o que lhes é devido;
III - houver exercício de outras atividades, além da operação de planos de saúde, que o interesse público recomende sejam preservadas, ou
IV - as características específicas, especialmente no que concerne à natureza jurídica dos atos constitutivos da operadora, não recomendem a liquidação extrajudicial da pessoa jurídica.
§1º A ANS deverá comunicar às autoridades de registro competentes o cancelamento da autorização para o exercício da atividade de operação de plano privado de assistência à saúde.
§2º A existência de indícios de crimes falimentares não impede a decisão pelo cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da operadora, como medida alternativa à decretação da liquidação extrajudicial.
§3º O cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da operadora não extingue a punibilidade de infrações às normas da ANS.
Art. 19-A. Promovida a alienação compulsória da carteira de beneficiários ou autorizada proposta em oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários, a ANS poderá fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para que a operadora apresente os documentos a que se refere o art. 26 da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, desde que com o objetivo de manter atividade econômica relacionada à saúde, exceto operação de planos privados de assistência à saúde.
§1°A ANS poderá, caso entenda necessário, solicitar a comprovação dos fatos objeto das declarações a que se refere o art. 26 da RN nº 85, de 2004, e eventuais documentos reputados relevantes.
§ 2º Expirado o prazo do caput sem manifestação da operadora ou apresentação da totalidade dos documentos exigidos, a ANS poderá decretar sua liquidação extrajudicial.[1]
Art. 20. A decretação da liquidação extrajudicial produz os seguintes efeitos imediatos:

[1] O art. 19-A foi incluído, conforme art. 17 da RN nº 384/2015.

I - cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório de operadora;
II - perda dos poderes de todos os órgãos de administração da liquidanda;
III - suspensão das ações e execuções iniciadas sobre direitos e interesses relativos ao acervo da liquidanda, não podendo ser intentadas outras que possam resultar em redução do acervo patrimonial da liquidanda, enquanto durar a liquidação;
IV - vencimento antecipado das obrigações da liquidanda;
V - não fluência de juros, mesmo que estipulados, contra a liquidanda, enquanto não integralmente pago o passivo;
VI - não reclamação de penas pecuniárias por infração de leis penais ou administrativas;
VII - interrupção da prescrição relativa a obrigações de responsabilidade da liquidanda; e
VIII - não atendimento das cláusulas penais dos contratos unilaterais vencidos em virtude da decretação da liquidação extrajudicial.
§1° O liquidante deverá arguir em todos os processos judiciais,inclusive trabalhistas, a nulidade dos despachos ou decisões que contravenham o disposto neste artigo.
§2° A ANS oficiará às autoridades competentes, a requerimento do liquidante, para que o produto dos bens penhorados ou por outra forma apreendidos seja entregue à liquidanda.
§3° A liquidanda não responderá pelo pagamento de multas, honorários e demais despesas feitas pelos credores em interesse próprio, salvo as custas judiciais decorrentes de litígio com o devedor.
§4º A suspensão das ações, prevista no inciso III do *caput* deste artigo, não impede o prosseguimento ou o ajuizamento de ação para obtenção da certeza e da liquidez do crédito, inclusive de natureza trabalhista.
§5º A faculdade prevista no parágrafo anterior não dispensa o credor da observância dos prazos para habilitação do crédito e para a impugnação ao quadro geral de credores.
§6º Não estão sujeitas ao efeito do inciso III do *caput* deste artigo as ações e execuções para a cobrança da Dívida Ativa da Fazenda Pública.
Art. 21. O ato da ANS que decretar a liquidação extrajudicial fixará seu termo legal, que não poderá ser superior a 90 (noventa) dias anteriores à data do primeiro protesto por falta de pagamento ou, se não houver, do ato que haja instaurado a direção fiscal ou decretada a liquidação, o que tiver ocorrido primeiro.
Art. 22. Decretada a liquidação extrajudicial, a ANS procederá a inquérito, a fim de apurar as causas que levaram a operadora àquela situação e a responsabilidade de seus administradores.
Art. 23. Em todos os atos, documentos e publicações de interesse da liquidação extrajudicial será usada, obrigatoriamente, a expressão "em liquidação extrajudicial", em seguida da denominação da liquidanda.
Parágrafo único. O disposto no *caput* deste artigo aplica-se às liquidações extrajudiciais por extensão.

Subseção I
Da Decretação da Liquidação Extrajudicial por Extensão

Art. 24. A liquidação extrajudicial poderá ser decretada por extensão sobre pessoas jurídicas que tenham integração de atividade ou vínculo de interesse com a liquidanda.
§1° Verifica-se integração de atividade ou vínculo de interesse, quando as pessoas jurídicas a que se refere o *caput* deste artigo, ainda que não atuem no mercado da saúde suplementar, tiverem as seguintes características:
I - forem devedoras da liquidanda; ou
II - quando seus sócios ou acionistas participarem do capital da liquidanda, em importância superior a 10% (dez por cento) ou sejam cônjuges ou parentes até o segundo grau, consangüíneos ou afins, de seus diretores ou membros dos conselhos de administração, consultivo, fiscal ou semelhantes.
§2° A liquidação extrajudicial por extensão será processada em autos apartados, sem prejuízo da tramitação conjunta com o processo de liquidação da liquidanda.
§3° O pedido de falência ou de insolvência civil da pessoa jurídica liquidada por extensão deverá ser ajuizado pelo liquidante em conjunto com o pedido de falência ou de insolvência civil da liquidanda.
§4º A liquidação extrajudicial por extensão se encerrará juntamente com a liquidação extrajudicial da operadora que lhe deu causa, ou quando não mais lhe servir de garantia.

Seção II
Da Cessação da Liquidação Extrajudicial

Art. 25. A liquidação extrajudicial cessará se:
I - os interessados, apresentando as necessárias condições de garantia, julgadas a critério da ANS, tomarem para si o prosseguimento das atividades de operadora;
II - aprovada pela ANS a prestação final de contas do liquidante e efetivada a baixa no registro público competente;
III - decretada a falência ou a insolvência civil da liquidanda; ou
IV - transformada em liquidação ordinária a requerimento dos interessados e a critério da ANS.
§1º O pedido de conversão da liquidação de extrajudicial para ordinária deve ser formulado à ANS acompanhado da competente deliberação que o aprovou.
§2º Na hipótese do inciso IV deste artigo, será decretada a liquidação extrajudicial se a operadora não iniciar sua liquidação ordinária nos 90 (noventa) dias seguintes ou quando, iniciada esta, verificar a ANS que a morosidade de sua administração pode acarretar prejuízos para os credores.

Seção III
Do Liquidante

Art. 26. A liquidação extrajudicial será executada por liquidante designado pela ANS, com amplos poderes de administração e liquidação, especialmente os de levantamento dos ativos e de verificação e classificação dos créditos, podendo admitir e demitir empregados, outorgar e cassar mandatos, propor ações e representar a liquidanda em juízo ou fora dele.
§1º O liquidante deverá exigir dos ex-administradores ou sócios:
I - quaisquer informações que auxiliem o regular processamento da liquidação; e
II - a restituição do acervo documental e patrimonial que esteja sob sua guarda.
§2º Com prévia e expressa autorização da ANS, poderá o liquidante, em benefício da liquidanda:
I - ultimar os negócios pendentes da liquidanda e rescindir os contratos de plano de assistência à saúde;
II - onerar ou alienar os bens e direitos da liquidanda, mediante uma das modalidades de alienação do ativo admitidas nos arts. 140 e 142 da Lei nº 11.101, de 2005;
III - locar imóvel para sediar a liquidanda, quando necessário para proteger seu acervo;
IV - contratar serviços de auxiliares, observadas as normas da ANS; e
V - adotar qualquer forma ordinária ou extraordinária de realização do ativo, nos termos dos arts. 144 e 145 da Lei nº 11.101, de 2005.
§3º O Ministério Público será intimado pessoalmente em qualquer modalidade de alienação.
§4º Na hipótese prevista na parte final do inciso I do §2º, caberá ao liquidante notificar, mediante publicação em jornal de grande circulação e no Diário Oficial da União, a extinção dos contratos de plano de assistência à saúde por força do encerramento das atividades da operadora com a decretação de sua liquidação extrajudicial.
§5º No caso de a liquidanda ser sócia de outra sociedade, serão arrecadados somente os haveres que na sociedade ela possuir e forem apurados na forma do art. 1.031 do Código Civil e do art. 123, *caput* e §1º da Lei nº 11.101, de 2005.
Art. 27. São deveres do liquidante:
I - arrecadar e avaliar todo o acervo documental e patrimonial da liquidanda, lavrando termo respectivo, podendo contratar avaliadores, de preferência oficiais, mediante autorização da ANS, para a avaliação dos bens caso entenda não ter condições técnicas
para atarefa;
II - levantar o balanço geral e o inventário de todos os livros, documentos, dinheiro e demais bens da operadora, ainda que em poder de terceiros, a qualquer título.
III - providenciar o arquivamento da liquidação extrajudicial no registro competente em que a liquidanda estiver matriculada, comunicando a perda do mandato dos ex-administradores;
IV - requerer a suspensão dos processos judiciais em que a liquidanda figura como demandada, observado o disposto no art. 20, §1º;
V - requerer, nas execuções fiscais movidas contra a liquidanda, que lhe seja entregue o produto resultante da alienação de bens penhorados, a fim de que se incorpore ao monte a ser distribuído, observadas as preferências e as forças da liquidanda;
VI - apresentar à ANS relatórios periódicos sobre a condução do regime liquidatário, devidamente instruídos, na forma estabelecida pela DIOPE;
VII - elaborar relatório conclusivo da liquidação, observado o disposto no art. 28;
VIII - prestar informações complementares, quando determinado pela ANS;

IX - restituir os bens de terceiros que eventualmente estejam em poder da liquidanda;
X - elaborar o rol de credores, observado o disposto nos arts. 34, II, e 40;
XI - defender os interesses da liquidanda em processos administrativos e judiciais;
XII - encaminhar ao órgão do Ministério Público os elementos de prova, mesmo que indiciária, apurados no curso da liquidação, da prática de ilícitos penais por parte dos ex-administradores e membros do Conselho Fiscal;
XIII - propor ação de integralização de capital social, quando este não estiver totalmente integralizado e o ativo não for suficiente para saldar o passivo;
XIV - propor ações e adotar quaisquer medidas judiciais destinadas a preservar os bens e interesses da liquidanda;
XV - prestar contas à ANS contados quando deixar suas funções, ou a qualquer tempo, quando determinado pela ANS;
XVI - entregar a seu sucessor, quando houver, o acervo arrecadado da liquidanda, no prazo de 15 (quinze) dias contados de sua destituição;
XVII - realizar as diligências necessárias ao célere desfecho da liquidação extrajudicial; e
XVIII - praticar demais atos determinados pela ANS.
§1º Os bens arrecadados permanecerão sob a guarda do liquidante ou de pessoa por ele escolhida, sob responsabilidade daquele, podendo qualquer dos ex-administradores da liquidanda ser nomeado depositário dos bens.
§2º O depositário a que se refere o parágrafo anterior assume a obrigação de bem guardar a coisa e de restituí-la, quando reclamada, e de ressarcir a liquidanda em caso de extravio, sem prejuízo da responsabilização penal prevista no art. 173 da Lei nº 11.101, de 2005.
Art. 28. O liquidante, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados de sua posse, prorrogável se necessário, apresentará à ANS relatório conclusivo, que conterá:
I - os dados sobre a situação patrimonial e econômico-financeira da liquidanda, em especial aqueles referentes à existência ou não de ativo realizável suficiente para o custeio da liquidação;
II - a indicação, devidamente comprovada, dos atos e omissões danosos que eventualmente tenha verificado; e III - a proposta fundamentada à ANS de autorização para o pedido de falência ou insolvência civil da liquidanda ou do prosseguimento da liquidação.
Art. 29. A Diretoria Colegiada da ANS poderá, excepcionalmente, designar substituto de liquidante para responder por suas funções nos casos de impedimentos temporários e eventuais.
Parágrafo único. O liquidante não fará jus à remuneração enquanto perdurar o impedimento a que se refere o *caput* deste artigo.
Art. 30. O liquidante deverá promover atos necessários à redução das despesas e dos encargos da liquidanda, respondendo pelos prejuízos causados, no desempenho de suas funções, à liquidanda ou a terceiros, quando comprovada sua culpa ou dolo.
Art. 31. O descumprimento dos deveres previstos nesta Resolução poderá implicar a destituição do liquidante de suas funções e na sua inabilitação para o exercício do cargo pelo prazo de 5 (cinco) anos, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal, civil e por ato de improbidade administrativa do infrator.
§1º Se o liquidante for destituído de suas funções por desídia, culpa, dolo ou descumprimento das obrigações fixadas nesta Resolução perderá o direito à remuneração, devendo restituir o que já recebera.
§2º Compete à DIOPE a apuração da responsabilidade referida neste artigo, ressalvada a competência exclusiva da Diretoria Colegiada para a aplicação da sanção administrativa.
Art. 32. A prestação de contas final do liquidante será apreciada pela Diretoria Colegiada ANS.

Seção III
Da Autorização para o Pedido de Falência ou Insolvência Civil

Art. 33. A Diretoria Colegiada da ANS poderá autorizar o liquidante a pedir a falência ou insolvência civil da liquidanda, quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da liquidanda não for suficiente para o pagamento dos créditos extraconcursais, dos créditos preferenciais e de pelo menos a metade dos créditos quirografários; ou
II - o ativo realizável da liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial.

III - fundados indícios de condutas tipificadas nos arts. 168, 171, 172, 173, 175 e 178 da Lei nº 11.101, de 2005, exceto se a liquidanda possuir ativos suficientes para o pagamento dos credores.
§1º Consideram-se créditos extraconcursais, na ordem a seguir, os relativos a:
I - remunerações devidas ao liquidante e seus auxiliares, e créditos derivados da legislação do trabalho ou decorrentes de acidentes de trabalho relativos a serviços prestados após a decretação da liquidação extrajudicial;
II - quantias fornecidas à liquidanda pelos credores;
III - despesas com arrecadação, administração, realização do ativo e distribuição do seu produto;
IV - custas judiciais relativas aos processos em que a liquidanda tenha sido vencida;
V - obrigações resultantes de atos jurídicos válidos praticados após a decretação da liquidação extrajudicial, respeitada a classificação dos créditos prevista nos §§2º e 3º deste artigo;
VI - tributos relativos a fatos geradores ocorridos após a decretação da liquidação extrajudicial, respeitada a classificação dos créditos prevista nos §§2º e 3º deste artigo.
§2º Consideram-se créditos preferenciais os indicados nos incisos I a V do art. 83 da Lei nº 11.101, de 2005, e no art. 24-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
§3º Consideram-se créditos quirografários os indicados no inciso VI do art. 83 da Lei nº 11.101, de 2005.
§4º Considera-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível com o pagamento das despesas administrativas e operacionais da liquidanda.
§5º Constatada, na direção fiscal, pelo menos uma das hipóteses previstas nos incisos I e II do *caput* deste artigo, a Diretoria Colegiada da ANS poderá, no ato que decretar a liquidação extrajudicial, autorizar o liquidante a pedir a falência ou insolvência civil da liquidanda.
Art. 34. O pedido de falência da liquidanda deverá ser instruído com os seguintes documentos:
I - demonstrações contábeis referentes aos 3 (três) últimos exercícios sociais e as levantadas especialmente para instruir o pedido, confeccionadas com estrita observância da legislação aplicável;
II - relação nominal dos credores, indicando endereço, importância, natureza e classificação dos respectivos créditos;
III - relação dos bens e direitos que compõem o ativo, com a respectiva estimativa de valor e documentos comprobatórios de propriedade;
IV - prova da condição de empresário, contrato social ou estatuto em vigor ou, se não houver, a indicação de todos os sócios, seus endereços e a relação de seus bens pessoais;
V - os livros obrigatórios e documentos contábeis que lhe forem exigidos por lei; e
VI - relação de seus administradores nos últimos 5 (cinco) anos, com os respectivos endereços, suas funções e participação societária
§1º Na classificação dos créditos a que se refere o inciso II do *caput* deste artigo, o liquidante deverá observar o disposto nos §§1º a 3º do artigo anterior.
§2º Os pedidos de insolvência civil devem atender ao disposto no art. 760 do Código de Processo Civil, em especial quanto à exposição das causas que determinaram a insolvência, aplicando-se os demais requisitos previstos neste artigo, no que couber.
§3º No pedido de falência ou insolvência civil da liquidanda deve ser formulado pedido para a adoção das medidas necessárias à salvaguarda dos interesses das partes envolvidas, especialmente no que se refere à guarda do acervo patrimonial da liquidanda.
Art. 35. Distribuído o pedido de falência ou insolvência civil, deverá o liquidante:
I - reiterar o requerimento da suspensão das ações em andamento até que o juízo competente nomeie o administrador judicial; e
II - informar ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso.

Seção V
Do Prosseguimento da Liquidação Extrajudicial

Art. 36. Comprovada a ausência de causa justificadora de pedido de falência ou insolvência civil, o liquidante deverá requerer autorização à ANS para prosseguir na liquidação, na forma da legislação aplicável.
Parágrafo único. Se autorizado o prosseguimento da liquidação extrajudicial, caberá ao liquidante proceder à realização do ativo e efetuar o pagamento dos credores pelo crédito habilitado, observada a ordem legal de classificação, de acordo com a cota apurada em rateio, na ordem determinada pela legislação em vigor.

Art. 37. O liquidante fará publicar no Diário Oficial da União e em jornal de grande circulação do local da sede da liquidanda, aviso aos credores para que declarem os respectivos créditos.
§1º No aviso a que se refere o *caput* deste artigo, o liquidante fixará o prazo para a declaração dos créditos, que não será inferior a 20 (vinte) nem superior a 40 (quarenta) dias, conforme a importância da liquidação e os interesses nela envolvidos.
§2º Não observado o prazo a que se refere o parágrafo anterior, as habilitações de crédito serão recebidas como retardatárias.
§3º São dispensados de declarar seus créditos os beneficiários e os prestadores de serviços da rede assistencial, desde que seus créditos constem dos registros contábeis da liquidanda.
§4º Aos credores é assegurado o direito de obterem do liquidante as informações relativas à defesa de seus interesses e à prova dos respectivos créditos.
Art. 38. O liquidante juntará a cada declaração a informação completa quanto ao resultado das averiguações a que procedeu nos livros, papéis e assentamentos da liquidanda, relativos ao crédito declarado e decidirá, no prazo de 60 (sessenta) dias, sobre sua legitimidade, valor e classificação.
Parágrafo único. O liquidante poderá exigir dos ex-administradores da liquidanda, ou requerer dos sócios, que prestem informações sobre quaisquer dos créditos declarados.
Art. 39. Os credores serão notificados, por escrito, da decisão do liquidante sobre a legitimidade, valor e classificação dos créditos, mencionada no art. 38 desta RN, e poderão apresentar recurso à Diretoria Colegiada da ANS contra o ato que lhes parece desfavorável.
§1º O prazo para a interposição do recurso a que alude o *caput* deste artigo será de 10 (dez) dias, contado da data de notificação por ofício ou por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca da decisão do liquidante.
§2º O recurso será dirigido ao liquidante, que o encaminhará à ANS, com manifestação prévia, no prazo de 20 (vinte) dias.
Art. 40. Esgotado o prazo para as declarações de créditos e julgados estes, o liquidante organizará o quadro geral de credores e publicará, na forma prevista no *caput* do art. 37, o aviso de que o quadro e o balanço geral se encontram afixados na sede e demais dependências da liquidanda, ou em local por ele indicado, para conhecimento dos interessados.
Parágrafo único. Após a publicação a que se refere o *caput* deste artigo, qualquer interessado poderá impugnar a legitimidade, o valor ou a classificação dos créditos constantes do referido quadro.
Art. 41. A impugnação deverá apresentada ao liquidante, por escrito, devidamente justificada e instruída com os documentos julgados convenientes, no prazo de 10 (dez) dias, contados da data da publicação a que se refere o *caput* do artigo anterior.
§1º A impugnação terá efeito suspensivo e será entregue ao liquidante.
§2º O titular do crédito impugnado será notificado pelo liquidante e, a contar da data do recebimento da notificação, terá o prazo de 5 (cinco) dias para oferecer as alegações e provas que julgar convenientes à defesa de seus direitos.
§3º O liquidante encaminhará as impugnações à decisão da Diretoria Colegiada da ANS, com manifestação prévia e elementos probatórios.
§4º Julgadas todas as impugnações, o liquidante fará publicar aviso na forma do *caput* do art. 37, sobre eventuais modificações no quadro geral de credores que, a partir desse momento, será considerado definitivo.
Art. 42. Os credores que se julgarem prejudicados pela decisão proferida na impugnação ou pelo não provimento do recurso interposto poderão prosseguir nas ações que tenham sido suspensas por força do art. 20, ou propor as que couberem, dando ciência do fato ao liquidante para que este reserve fundos suficientes à eventual satisfação dos respectivos pedidos.
Parágrafo único. Decairá o direito assegurado no *caput* deste artigo dos interessados que não o exercitarem dentro do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data em que for considerado definitivo o quadro geral dos credores, com a publicação a que alude o §4º do artigo anterior.
Art. 43. Nos casos de descoberta de falsidade, dolo, simulação, fraude, erro essencial, ou de documentos ignorados na época do julgamento dos créditos, o liquidante ou qualquer credor admitido poderá pedir à Diretoria Colegiada da ANS, até ao encerramento da liquidação, a exclusão, outra classificação, ou a retificação de qualquer crédito.
§1º O titular do crédito de que trata o *caput* deste artigo será notificado do pedido e, a contar da data do recebimento da notificação, terá o prazo de 5 (cinco) dias para oferecer as alegações e provas que julgar convenientes.

§2º A decisão da Diretoria Colegiada deverá ser notificada ao titular do crédito a que se refere o parágrafo anterior.
§3º Aplica-se ao titular do crédito excluído, reclassificado ou retificado o disposto no artigo anterior, contando-se o prazo de decadência da data do recebimento da notificação.
Art. 44. Ultimada a liquidação extrajudicial, a prestação de contas do liquidante será submetida à aprovação da Diretoria Colegiada da ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, aplicando-se no julgamento das contas o disposto no art. 154 da Lei nº 11.101, de 2005.

CAPÍTULO IV
DA INDISPONIBILIDADE DE BENS DOS ADMINISTRADORES

Art. 45. Os administradores de operadora submetida a regime de direção fiscal e os ex-administradores de operadora em liquidação extrajudicial ficarão com seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§1º A indisponibilidade de bens decorre do ato que instaurar a direção fiscal ou decretar a liquidação extrajudicial e alcança a todos que tenham estado no exercício das funções nos 12 (doze) meses anteriores ao mesmo ato.
§2º A ANS, de ofício ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade aos bens: I - de gerentes, conselheiros fiscais e de todos aqueles que tenham concorrido, no período fixado no §1º, para a instauração da direção fiscal ou decretação da liquidação extrajudicial; e
II - adquiridos a qualquer título, por terceiros, no período previsto no §1º deste artigo, das pessoas referidas no inciso I deste parágrafo, desde que configurada fraude na transferência.
§3º Na hipótese de instauração de novo regime de direção fiscal, na forma prevista no art. 3º, a indisponibilidade de bens poderá não alcançar novos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§4º Ressalva-se o disposto no parágrafo anterior se constatado que os novos administradores concorreram para o agravamento das anormalidades que deram causa à instauração da direção fiscal.
Art. 46. A indisponibilidade não recai sobre os bens:
I - considerados por lei inalienáveis ou impenhoráveis; e
II - objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, cujos respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público antes da instauração da direção fiscal ou da decretação da liquidação extrajudicial.
Art. 47. A DIOPE comunicará a indisponibilidade de bens ao Banco Central do Brasil, à Comissão de Valores Mobiliários, às Corregedorias de Justiça dos Estados, na qualidade de responsáveis pela orientação e supervisão dos cartórios de registro de bens imóveis, ao Departamento Nacional de Registro de Comércio e demais órgãos de registros de bens móveis, aeronaves e embarcações.
§1º A comunicação de indisponibilidade será efetuada com base nos dados constantes dos sistemas de informação da ANS para a identificação das pessoas a que se refere o *caput* do art. 45, sem prejuízo de alterações posteriores com base nas diligências efetuadas pelo diretor fiscal ou liquidante que venham a constatar, a partir de conjunto probatório, a existência de administradores de fato ou de modificações nos órgãos de administração que não tenham sido informadas à ANS.
§2º Havendo notícia da existência de bens de propriedade de algum dos atingidos pela indisponibilidade, a comunicação a que se refere esse artigo deverá também ser feita à competente instituição em que o bem estiver registrado.
§3º Não serão objeto de comunicação de indisponibilidade os bens que comprovadamente se enquadrem nas hipóteses do artigo anterior, mediante decisão da Diretoria Colegiada da ANS, a pedido do interessado.
Art. 48. Aqueles cujos bens tenham sido alcançados pela indisponibilidade de bens poderão requerer à ANS o levantamento desse gravame, indicando:
I - a qualificação e a prova da condição de interessado;
II - o pedido, com suas especificações; e
III - a documentação comprobatória dos fatos alegados no pedido.
§1º O pedido de levantamento a que se refere o *caput* deste artigo não terá efeito suspensivo.
§2º O pedido de levantamento da indisponibilidade de bens será entregue ao diretor fiscal ou ao liquidante e se sujeitará à deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, após manifestação da DIOPE.

§3º A DIOPE poderá solicitar informações adicionais, quando entender necessárias à análise do pedido de levantamento da indisponibilidade.
§4º As informações a que se refere o parágrafo anterior deverão ser fornecidas no prazo de 30 (trinta) dias, contados da notificação do interessado, sob pena de indeferimento do pedido.
§5º Deferido o pedido de levantamento da indisponibilidade, a DIOPE comunicará às autoridades a que se refere o art. 47.
Art. 49. A indisponibilidade de bens dos administradores poderá ser levantada, mediante deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS, quando a alienação de seus bens socorrer aos interesses dos credores ou à recuperação econômico-financeira da operadora.
Art. 50. No encerramento do regime de direção fiscal por decurso de prazo, ou na sua convolação em liquidação extrajudicial, será mantida a indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até a apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§1º Se o inquérito a que se refere o art. 22 concluir pela inexistência de prejuízo, será levantada a indisponibilidade de bens dos administradores, salvo se já distribuído o pedido judicial da falência ou insolvência civil da liquidanda.
§2º No caso de distribuição do pedido judicial da falência ou insolvência civil, a indisponibilidade de bens será mantida até posterior determinação judicial.
Art. 51. A indisponibilidade de bens dos administradores será levantada quando ocorrer o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da operadora, na forma do art. 19.

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 52. Na hipótese de suspensão de regime especial por decisão judicial poderá a ANS decidir pela suspensão da remuneração do diretor fiscal ou do liquidante, quando a situação fática não justificar a manutenção do pagamento dos honorários.
Art. 53. A DIOPE poderá editar atos complementares ao disposto nesta Resolução.
Art. 54. Aplicam-se à liquidação extrajudicial, no que couber, os preceitos contidos na Lei nº 6.024, de 1974, na Lei nº 11.101, de 2005, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.
Art. 55. Aplica-se o disposto nesta Resolução aos regimes de direção fiscal e de liquidação extrajudicial em curso, sem prejuízo da validade dos atos realizados sob a vigência das normas anteriores.
Art. 56. Em caso de suspensão de regime especial por decisão judicial recorrível que tenha apontado vício formal no processo administrativo, deve a ANS, ouvida a Procuradoria Federal na ANS, analisar a possibilidade e a conveniência de adequar o procedimento do caso específico aos parâmetros da decisão judicial, a fim de viabilizar o imediato prosseguimento do ato objeto da ação judicial.
Art. 57. Na hipótese de suspensão de regime especial por decisão judicial poderá a ANS decidir pela suspensão da remuneração do diretor fiscal ou do liquidante, quando a situação fática não justificar a manutenção do pagamento dos honorários.
Art. 58. A prática dos atos de decretação ou levantamento do regime especial de direção fiscal deve ser precedida de remessa à Procuradoria Federal na ANS somente quando existir questão jurídica nova, assim considerada dúvida de direito ainda não dirimida em pronunciamentos anteriores do referido órgão de consultoria jurídica.
Art. 59. Revogam-se a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n° 47, de 3 de janeiro de 2001, e a Resolução Normativa – RN n° 52, de 14 de novembro de 2003.
Art. 60. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor-Presidente
Em exercício

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 319, DE 5 DE MARÇO DE 2013[1]

Dispõe sobre a informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista e acrescenta parágrafo único ao artigo 74 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos XV, XXIII, XXIV e XXIX do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 27 de fevereiro de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art.1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre o atendimento a ser dispensado aos beneficiários, por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, quando houver negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não; e acrescenta parágrafo único ao art. 74 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Quando houver qualquer negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista, credenciado ou não, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas contados da negativa, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§1º Para atendimento ao beneficiário, deverão ser obedecidos os prazos máximos dispostos no art. 3º da RN nº 259, de 17 de junho de 2011.

§2º É proibida a negativa de cobertura para os casos de urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor.

§3º Sem prejuízo do disposto no *caput* deste artigo, a partir de 1º de janeiro de 2014 a prestação da informação deverá atender ao Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 9 de outubro de 2012[2].

Art. 3º Uma vez cientificado da negativa, o beneficiário poderá solicitar que as informações prestadas na resposta de que trata o art. 2º sejam reduzidas a termo, por correspondência ou por meio eletrônico, conforme sua escolha.

§1º O encaminhamento da resposta por escrito deverá observar o prazo máximo descrito no *caput* do art. 2º.

§2º O interessado ou representante legal poderá efetuar a solicitação prevista no *caput* deste artigo, devendo ser respeitado o sigilo médico.

Art. 4º Para efeito de cumprimento dos disposto nesta RN, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor.

Art. 5º O art. 74 da RN nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art.74.....

Parágrafo único. Na hipótese de a operadora deixar de informar ao beneficiário, na forma estabelecida pela regulamentação da ANS, os motivos da negativa de autorização do acesso ou cobertura previstos em lei ou contrato, a multa será de R$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Art. 6º Esta Resolução Normativa entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 06/03/2013, seção 01, p. 42.

[2] Retificada no DOU em 13/03/2013, seção 01, p. 37.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 323, DE 3 DE ABRIL DE 20131

Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 1º, 3º, 4º, incisos XXXVII e XLI, e 10, inciso II, todos da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 1º, §4º, art. 2º, e art. 3º, incisos XIX e XXIV, todos do Anexo I, do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e o art. 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 14 de março de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem instituir unidade organizacional de ouvidoria, com a atribuição de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do beneficiário.

§1º A Ouvidoria tem por objetivo acolher as manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, de modo a tentar resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, e subsidiar aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento.

§2º A Ouvidoria é unidade de segunda instância, podendo solicitar o número do protocolo da reclamação ou manifestação registrada anteriormente junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da Operadora.

§3º A falta do número de protocolo da reclamação ou a falta do número de registro da manifestação junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente, ou à unidade organizacional equivalente, não impedirá o acesso do beneficiário à Ouvidoria.

§4º A estrutura da unidade organizacional de Ouvidoria deve ser capaz de atender o número de beneficiários vinculados à operadora, bem como deve guardar compatibilidade com a natureza, a quantidade e a complexidade dos produtos, serviços, atividades, processos e sistemas de cada operadora.

Art. 2º A fim de garantir efetividade da Ouvidoria, a operadora deve:

I - dar ampla divulgação sobre a existência da unidade organizacional específica de Ouvidoria, bem como fornecer informações completas sobre sua finalidade, competência, atribuições, prazos para resposta às demandas apresentadas, forma de utilização e canais de acesso para registro e acompanhamento das demandas;

II - garantir o acesso dos beneficiários ao atendimento da Ouvidoria de forma ágil e eficaz; e

III - oferecer atendimento, no mínimo, em dias úteis, e em horário comercial.

Parágrafo único. A divulgação de que trata o inciso I poderá ser feita por meio de materiais publicitários de caráter institucional,tais como, mala direta, folhetos, boletos de pagamento, livretos, anúncios impressos, endereço eletrônico na Internet, pôster e congêneres, dentre outros, utilizados para difundir os produtos e serviços da operadora.

Art. 3º Na estruturação da unidade organizacional específica de Ouvidoria deverão ser observados os seguintes requisitos, cumulativamente:

I - vinculação ao representante legal da operadora, respeitada a estrutura organizacional de cada operadora;

II - designação de pessoa para exercício da atividade de ouvidor, não cumulável com a atividade de gestão do atendimento ao beneficiário da operadora, ressalvada a hipótese do art. 8º.

III - constituição de equipe de trabalho, capaz de atender o fluxo de demandas, com dedicação exclusiva para exercício na unidade;

IV - instituição de canal ou de canais específicos para atendimento;

V - instituição de protocolo específico para registro do atendimento realizado pela Ouvidoria;

[1] Publicado no DOU em 04/04/2013, seção 01, p. 35.

VI - fixação de prazo máximo não superior a 7 (sete) dias úteis para resposta conclusiva às demandas dos beneficiários, sendo admitida a pactuação junto ao beneficiário de prazo maior, não superior a 30 (trinta) dias úteis, nos casos excepcionais ou de maior complexidade, devidamente justificados; e
VII - garantia de acesso pela Ouvidoria às informações de quaisquer áreas técnico-operacional da operadora.
§1º Poderão ser utilizados como canal de acesso à Ouvidoria o atendimento via formulário eletrônico, e-mail corporativo, contato telefônico, com ou sem 0800, correspondência escrita e/ou atendimento presencial, dentre outros.
§2º Não poderá ser admitido como canal único de acesso o atendimento telefônico não gratuito.
§3º A estrutura dos canais de acesso à Ouvidoria poderão ser compartilhados com os demais canais de atendimento ou relacionamento da operadora.
§4º As informações sigilosas ou restritas do beneficiário, constantes dos registros da operadora, somente serão disponibilizadas à Ouvidoria quando autorizado previamente pelo próprio beneficiário.
Art. 4º Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, constituem atribuições da Ouvidoria:
I - receber, registrar, instruir, analisar e dar tratamento formal e adequado às manifestações dos beneficiários, em especial àquelas que não foram solucionadas pelo atendimento habitual realizado pelas unidades de atendimento, presenciais ou remotas da operadora;
II - prestar os esclarecimentos necessários e dar ciência aos beneficiários sobre o andamento de suas demandas e das providências adotadas;
III - informar aos beneficiários o prazo previsto para resposta à demanda apresentada, conforme previsto no inciso VI do artigo 3º;
IV - fornecer resposta às demandas dos beneficiários, no prazo estabelecido;
V - receber demandas dos órgãos e associações de defesa do consumidor, respondendo-as formalmente; e
VI - apresentar ao representante legal da operadora, ao fim de cada exercício anual ou quando oportuno, relatório estatístico e analítico do atendimento, contendo no mínimo:
a) dados e informações sobre que a Ouvidoria recebeu no período, contudo, apresentado em bases mensais e anuais comparadas com o mesmo período do ano anterior;
b) ações desenvolvidas pela Ouvidoria;
c) recomendações de medidas corretivas e de melhoria do processo de trabalho da operadora.
§1º A operadora deverá encaminhar a Ouvidoria da ANS, o relatório de que trata o inciso VI, ao final de cada ano civil, bem como mantê-lo à disposição da ANS, pelo prazo de cinco anos.
§2º O serviço prestado pela Ouvidoria aos beneficiários deve ser gratuito.
Art. 5º O representante legal da operadora deve expedir ato interno em que constará, de forma expressa, as seguintes disposições, no mínimo:
I - criação de condições adequadas para o funcionamento da Ouvidoria, bem como para que sua atuação seja pautada pela ética, transparência, independência, imparcialidade e isenção;
II - garantia de acesso da Ouvidoria às informações necessárias para a elaboração de resposta adequada às demandas recebidas, com total apoio administrativo, podendo requisitar informações e documentos para o exercício de suas atividades; e
III - previsão das hipóteses de impedimentos e substituições do Ouvidor, garantindo um substituto para os casos de férias, ausências temporárias e licenças, com vistas a assegurar a continuidade do serviço.
Art. 6º A operadora deve informar à Ouvidoria da ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da vigência desta RN, o nome de seu ouvidor e seu substituto, os respectivos meios de contato, bem como deverá proceder ao cadastramento da respectiva unidade, nos termos de formulário que estará disponível no endereço eletrônico da ANS na Internet.
§1º Para manutenção da regularidade, as operadoras deverão cientificar a ANS sobre quaisquer alterações das informações prestadas por ocasião do cadastramento referido no *caput* deste artigo, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da ocorrência da alteração.
Art. 7º A Ouvidoria deverá manter sistema de controle atualizado das demandas recebidas, de forma que possam ser evidenciados o histórico de atendimentos e os dados de identificação dos clientes e beneficiários de produtos e serviços, com toda a documentação e as providências adotadas, resguardando sigilo das informações.
Art. 8º As operadoras com número de beneficiários inferior a 20 (vinte) mil e as operadoras exclusivamente odontológicas com número de beneficiários entre 20 (vinte) mil e 100 (cem) mil, estão obrigadas tão somente a designar um representante institucional para exercício das atribuições de

ouvidor, ficando dispensadas de criar unidade organizacional específica de Ouvidoria, observado, no entanto, as demais regras desta RN.

§1º As operadoras referidas no *caput* poderão designar como representante institucional a respectiva entidade de representação, por meio de termo expresso e assinado, que deverá ser informado na forma do art. 6º.

§2º A representação que trata o §1º deste artigo não afasta a responsabilidade da operadora pelo cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 9º As operadoras que fazem parte de grupo econômico podem instituir Ouvidoria única, que poderá atuar em nome dos integrantes do grupo, desde que o beneficiário possa identificar que está sendo atendido por sua operadora.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor em 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação para operadoras com número igual ou superior a 100 (cem) mil beneficiários, e em 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a data de sua publicação para operadoras com número inferior a 100(cem) mil beneficiários.

ANDRE LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 328, DE 22 DE ABRIL DE 2013[1]

Altera a Resolução Normativa - RN nº 4, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 3º, 4º, incisos VI e XXXVIII, 17, 21, §1º, 24 e 25, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e o art. 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 20 de março de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor- Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa altera a Resolução Normativa - RN nº 04, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A alínea "a" do inciso I e o §1º, ambos do art. 8º; o §1º do art. 11; os incisos I e II do art. 16; os incisos I e II do art. 20; as alíneas "a" e "b" do inciso II do art. 20; e o *caput* do art. 22; todos da RN nº 4, de 2002, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 8º .....

I - .....

a) em razão do valor, se tratar de débito não ajuizável;

.....

§1º Na hipótese de o valor do débito ser superior a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), a concessão do parcelamento fica condicionada à apresentação de garantia real ou fidejussória, na forma desta Resolução, suficientes para o pagamento do débito." (NR)

"Art. 11. .....

§1º O valor máximo do débito consolidado, para fins do *caput* deste artigo, não poderá ser superior a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

.....(NR)

"Art. 16. .....

I - cuja exigibilidade do débito seja objeto de discussão em ação judicial proposta pelo devedor ou seu representante legal, salvo se o requerimento de parcelamento tiver sido instruído com cópia de petição de renúncia ao direito versado na ação ou nos embargos, devidamente protocolizada junto ao órgão jurisdicional competente;

II - que já tenha sido objeto de parcelamento, ainda não integralmente pago, relativo ao mesmo débito, salvo em se tratando de pedido de reparcelamento, obedecidas as condições estabelecidas nesta Resolução; e

.....(NR)

"Art. 20. .....

I - em qualquer hipótese:

.....

II - quando se tratar de débito inscrito em Dívida Ativa com garantia apresentada:

a) com o descumprimento do prazo previsto nesta Resolução para formalização da garantia hipotecária apresentada;

b) com a decretação da liquidação extrajudicial, da falência ou da insolvência civil do proprietário do imóvel dado como garantia ou da instituição financeira fiadora, salvo se o devedor substituir a instituição financeira fiadora ou oferecer imóvel de outra pessoa como garantia;

....."(NR)

"Art. 22. Considerada inidônea ou insuficiente a garantia, o Procurador-Chefe exigirá, mediante intimação, sua substituição ou complementação, conforme o caso, inclusive na hipótese de garantia

[1] Publicado no DOU em 23/04/2013, seção 1, p. 70.

oferecida nos autos da execução fiscal, fixando prazo não superior a 30 (trinta) dias para o atendimento da exigência, sob pena de indeferimento do parcelamento." (NR)

Art. 3º A RN nº 4, de 2002, passa a vigorar acrescida do §3º no art. 3º; do §2º-A no art. 8º; do parágrafo único no art. 10; do inciso III no art. 16; do art. 16-A; das alíneas "a", "b", "c" e "d", no inciso I do art. 20; das alíneas "c", "d" e "e", no inciso II do art. 20; do art. 21-A; do art. 21-B; do art. 21-C; do art. 21-D; do art. 21-E; e do art. 22-A, com as seguintes redações:

"Art. 3º .....

§3º O pedido de parcelamento deverá ser instruído com os seguintes documentos:

I - declaração do devedor, sob as penas da lei, de que não ingressou com nenhuma ação judicial, nem mesmo apresentou embargos à execução, questionando o débito relativo ao pedido de parcelamento, conforme modelo constante do Anexo I, ou, na hipótese de já tê-lo feito, cópia de petição de renúncia ao direito veiculado pela ação ou pelos embargos, devidamente protocolizada junto ao órgão jurisdicional competente, mais declaração, sob as penas da lei, de que não possui outras ações ou embargos discutindo o débito relativo ao pedido de parcelamento, conforme modelo constante do Anexo II; e

II - documentação relativa à garantia oferecida, quando exigida, nos termos desta Resolução."

"Art. 8º .....

§2º-A Na hipótese do parágrafo anterior, a manutenção da garantia será exigida ainda que o débito seja inferior ao valor previsto no §1º.

....."

"Art. 10. .....

Parágrafo único. Ainda que ultrapassado o prazo estabelecido no *caput*, implicará indeferimento do pedido:

I - a não apresentação de algum dos documentos previstos no art. 3º, exigíveis conforme o caso;

II - o não pagamento da primeira parcela;

III - a existência de vedação ao parcelamento, prevista em lei ou nesta Resolução;

IV - o não cumprimento dos requisitos relativos à garantia, quando exigida; e

V - o não atendimento de intimação para substituição ou complementação de garantia considerada inidônea ou insuficiente, no prazo previsto no art. 22 desta Resolução."

"Art. 16. .....

III - de devedor com liquidação extrajudicial, falência ou insolvência civil decretadas."

"Art. 16-A. Observadas as condições previstas neste artigo, será admitido reparcelamento de débitos, inscritos ou não em Dívida Ativa, constantes de parcelamento em andamento ou que tenha sido rescindido.

§1º A formalização do pedido de reparcelamento fica condicionada ao recolhimento da primeira parcela em valor correspondente a:

I - dez por cento do total dos débitos consolidados; ou

II - vinte por cento do total dos débitos consolidados, caso haja débito com histórico de reparcelamento anterior.

§2º Serão admitidos até dois reparcelamentos do mesmo débito.

§3º Aplicam-se aos pedidos de reparcelamento, naquilo que não os contrariar, as demais disposições relativas ao parcelamento previstas nesta Resolução."

"Art. 20 .....

I - .....

a) na falta de pagamento de três parcelas, consecutivas ou não, ou de até duas parcelas, estando pagas todas as demais ou estando vencida a última parcela;

b) com o ajuizamento pelo devedor de qualquer ação judicial visando discutir o débito parcelado;

c) com a descoberta da falsidade de qualquer declaração prestada pelo devedor com o fim de obter a concessão do parcelamento; e

d) com a decretação da liquidação extrajudicial, da falência ou da insolvência civil do devedor;

II - .....

c) com a constatação de ter sido o bem hipotecado penhorado em ação de execução proposta por outro credor;

d) com o não atendimento, no prazo fixado, de intimação expedida ao devedor para repor ou reforçar garantia que tenha perecido ou se desvalorizado; e

e) com a alienação do imóvel hipotecado."

"Art. 21-A. A garantia real deverá ser prestada na forma de hipoteca de bem desimpedido, livre de quaisquer ônus, que poderá recair sobre:

I - bens integrantes do patrimônio da pessoa jurídica beneficiária, desde que não estejam registrados na ANS como ativos garantidores;
II - bens pertencentes aos sócios da pessoa jurídica beneficiária, desde que, no caso de pessoa física, sejam observadas as disposições dos arts. 1.647, inciso I, 1.665 e 1.725 do Código Civil - Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que tratam da necessidade de consentimento expresso do respectivo cônjuge ou companheiro, se houver; e
III - bens de terceiros, pessoa física ou jurídica, desde que, no caso de pessoa física, sejam observadas as disposições dos arts. 1.647, inciso I, 1.665 e 1.725, do Código Civil, que tratam da necessidade de consentimento expresso do respectivo cônjuge ou companheiro, se houver.
§1º A oferta da garantia hipotecária deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:
I - termo de oferecimento de garantia hipotecária, conforme modelo constante do Anexo III, que indicará o bem imóvel a ser hipotecado, o qual deverá ser assinado pelo devedor, observando-se que:
a) sendo oferecido bem integrante do patrimônio da pessoa jurídica beneficiária, o termo deverá estar acompanhado de cópia do Contrato Social ou Estatuto, eventuais alterações desses e ainda, em sendo necessário, Ata de Assembleia ou Reunião, com comprovação por meio de Extrato de Alterações ou Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica de que não houve alteração registrada posteriormente, de modo a ser possível aferir que o signatário do termo detém os poderes necessários para constituir ônus real sobre bem da pessoa jurídica, obedecendo-se, a esse respeito, o disposto no art. 1.015 do Código Civil e no art. 142, inciso VIII, da Lei 6.404, de 15 de dezembro de 1976;
b) sendo oferecido bem do sócio ou de terceiro, o termo deverá estar por eles assinado, além disso, no caso de o sócio ou o terceiro serem pessoa física, também o respectivo cônjuge ou companheiro, caso existentes, deverão tê-lo assinado, se houver necessidade de seu expresso consentimento, conforme incisos II e III do *caput*, e, no caso de o sócio ou terceiro ser pessoa jurídica, o termo deverá estar acompanhado de cópia do Contrato Social ou Estatuto, eventuais alterações desses e ainda, em sendo necessário, Ata de Assembleia ou Reunião, com comprovação por meio de Extrato de Alterações ou Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoa Jurídica de que não houve alteração registrada posteriormente, de modo a ser possível aferir que o signatário do termo detém os poderes necessários para constituir ônus real sobre bem da pessoa jurídica, obedecendo-se, a esse respeito, o disposto no art. 1.015 do Código Civil e no art. 142, inciso VIII, da Lei 6.404, de 1976; e
c) todos os signatários do termo deverão declarar, sob as penas da lei, que a garantia apresentada não foi oferecida e aceita para pagamento de outro débito para com a ANS, ou, no caso de tê-la sido, seu valor não é inferior ao valor consolidado da outra dívida somado ao valor consolidado da dívida do parcelamento requerido, tampouco foi oferecida para pagamento de qualquer dívida com outra pessoa física ou jurídica de direito público ou privado;
II - cópia da Escritura do imóvel;
III - Certidão do Cartório de Registro de Imóveis, expedida a, no máximo, 60 (trinta) dias antes da protocolização do pedido de parcelamento, que permita aferir o titular atual do direito real de propriedade sobre o imóvel e a inexistência de ônus reais sobre ele;
IV - cópia do Documento de Notificação ou Cobrança do Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU) ou do Imposto Territorial Rural (ITR); e
V - Laudo de Avaliação de bem imóvel.
§2º A forma de avaliação do bem imóvel deverá obedecer aos seguintes critérios:
I - a avaliação deverá ser realizada por três peritos que possuam, no mínimo, um curso de Engenharia de Avaliação, ou por empresa especializada que comprove estar devidamente credenciada em, pelo menos, uma instituição federal ou em órgãos/entidades federais
de avaliação;
II - o laudo de avaliação deverá ser apresentado de forma fundamentada, com a indicação dos critérios de avaliação e dos elementos de comparação adotados;
III - a avaliação deverá ser realizada de acordo com os métodos definidos em norma específica da Associação Brasileira de Normas Técnica para Avaliação de Imóveis Urbanos e Rurais, utilizando o nível de maior rigor;
IV - a apresentação de avaliação por métodos indiretos somente será conhecida pela ANS se acompanhada de uma avaliação pelo método direto;
V - o laudo de avaliação de bens imóveis deverá ser registrado no Conselho Profissional competente do Estado ou do Distrito Federal, conforme a localização do bem, com a respectiva Anotação de Responsabilidade Técnica (ART); e

VI - o laudo de avaliação deverá conter, obrigatoriamente, foto atual do imóvel analisado.
§3º Caso seja aceito o imóvel ofertado, o devedor, após a consolidação da dívida, além da comunicação prevista no art. 13 desta Resolução, será notificado para providenciar em Cartório de Notas a lavratura da escritura pública de confissão de dívida com garantia hipotecária, conforme modelos constantes do Anexo IV, na presença do representante que a ANS indicar para o ato, devendo estar acompanhado de todos os signatários do termo de oferecimento de garantia hipotecária, conforme definido no inciso I do §1º.
§4º Quitado integralmente o débito, a ANS fornecerá o termo de autorização para cancelamento de registro de hipoteca, conforme modelo constante do Anexo V.
§5º Após a lavratura da escritura, o devedor deverá registrála no Cartório de Registro de Imóveis no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contado da notificação a que se refere o §3º, bem como deverá encaminhar à ANS, dentro deste mesmo prazo, certidão atualizada da matrícula do imóvel na qual conste o registro da hipoteca.
§6º As pessoas legitimadas à prática dos atos necessários ao oferecimento e formalização da garantia hipotecária tratada neste artigo poderão ser representadas por procurador com poderes especiais e expressos."
"Art. 21-B. A garantia fidejussória deverá ser prestada na forma de carta de fiança bancária, a qual deverá conter, expressamente, os seguintes requisitos:
I - perfeita identificação do débito afiançado, com menção do número do processo administrativo a ele referente e do número de inscrição em Dívida Ativa do crédito respectivo;
II - cláusula de solidariedade entre a instituição financeira e o devedor, com expressa renúncia ao benefício de ordem previsto no art. 827 do Código Civil;
III - cláusula que preveja atualização do valor afiançado e juros pelos mesmos índices de atualização e juros dos créditos inscritos em Dívida Ativa;
IV - cláusula que preveja que o valor afiançado será acrescido de multa de mora e do encargo legal previstos no art. 37-A, *caput* e §1º, da Lei 10.522, de 19 de julho de 2002;
V - prazo indeterminado de duração ou prazo de vigência de 03 (três) meses além do prazo do parcelamento requerido, com cláusula de renúncia aos termos do art. 835 do Código Civil;
VI - cláusula de renúncia, por parte da instituição financeira, do estipulado no inciso I do art. 838 do Código Civil;
VII - declaração da instituição financeira de que a carta de fiança é concedida em conformidade com o disposto no art. 34 da Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964, nos termos do 2º da Resolução nº 2.325, de 30 de outubro de 1996, do Conselho Monetário Nacional; e
VIII - cláusula de eleição do foro da cidade do Rio de Janeiro - RJ para dirimir eventuais questionamentos entre a instituição fiadora e a ANS.
§1º Constitui requisito de validade da carta de fiança a comprovação de serem os signatários do instrumento as pessoas autorizadas a assinar pelo estabelecimento bancário.
§2º A carta de fiança bancária deverá ser emitida por instituição financeira idônea e devidamente autorizada a funcionar no Brasil, nos termos da legislação própria."
"Art. 21-C. Na hipótese de débito ajuizado, com penhora ou arresto de bens efetivados nos autos, ou com outra garantia apresentada nos termos do art. 9º da Lei nº 6.830, de 22 de setembro de 1980, poderá ser dispensada, a critério do Procurador-Chefe, a exigência
de oferecimento das garantias previstas nesta Resolução.
§1º O requerimento de parcelamento de débito, na hipótese deste artigo, deverá ser instruído com cópia da documentação relativa à penhora, ao arresto ou à outra garantia apresentada nos autos, além de outros elementos essenciais à análise da idoneidade e suficiência da garantia.
§2º A aceitação da penhora, do arresto ou de outra garantia apresentada nos autos da execução fiscal depende da comprovação de ter sido efetuada a avaliação de que trata o art. 13 da Lei nº 6.830, de 1980, bem como de ter sido efetuado o registro de que trata o art. 14 da referida lei."
"Art. 21-D. As garantias previstas nesta Resolução e oferecidas pelo devedor ou terceiro, não excluem os privilégios e prerrogativas legais dos créditos da ANS, sobretudo as estabelecidas na Lei nº 6.830, de 1980."
"Art. 21-E. Com a aceitação da garantia, o parcelamento será deferido e a dívida consolidada, sob a condição, no caso de oferecimento de garantia hipotecária, de que sua formalização se dê no prazo previsto no §5º do art. 21-A desta Resolução."
"Art. 22-A. Vindo o objeto de garantia a perecer ou a se desvalorizar no curso do parcelamento, inclusive na hipótese de garantia oferecida nos autos da execução fiscal, o devedor será intimado para

providenciar, dentro de 30 (trinta) dias, a sua reposição ou reforço, sob pena de rescisão do acordo e vencimento antecipado da dívida."

Art. 4º A RN nº 4, de 2002, passa a vigorar acrescida dos Anexos I a V, conforme os Anexos desta Resolução Normativa.

Art. 5º Os Anexos desta Resolução estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na internet - www.ans.gov.br.

Art. 6º Ficam revogados o parágrafo único do art. 16, os §§1º e 2º do art. 21 e os §§1º e 2º do art. 22, todos da Resolução Normativa - RN nº 04, de 19 de abril de 2002.

Art. 7º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, aplicando-se aos requerimentos de parcelamento ainda não decididos, exceto quanto ao reparcelamento previsto no art.16-A, que só entra em vigor oito meses após a publicação desta Resolução.

Parágrafo único. Nos requerimentos de parcelamento anteriores à entrada em vigor desta Resolução, o devedor, se houver necessidade, será intimado, com prazo de 30 (trinta) dias, para proceder à complementação da instrução de seu pedido.

ANDRE LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 338, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013[1]

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 25 de setembro de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I
Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade - PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

Art. 2º Esta Resolução é composta por quatro Anexos:

I - o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II - o Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT;

III - o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo I; e

IV - o Anexo IV apresenta o Protocolo de Utilização - PROUT para alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol.

Seção II
Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

Art. 3º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

[1] Publicada no DOU em 22/10/2013, seção 1, p. 51.

Art. 4º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656 de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica – aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única
Das Coberturas Assistenciais

Art. 5º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no §3 º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 6º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos nesta RN ou nos seus anexos, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Art. 7º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

I - planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II- concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III- anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV- atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V - aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI - atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Art. 8º 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 RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária - CPT.
Art. 9º A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
Art. 10. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.
Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.
Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada.
Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.
Art. 12. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.
Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d" e "e" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.[1]
Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.
Art. 14. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.
§1º Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.
§2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.
Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos.
Art. 16. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

[1] O caput do art. 13 está alterado, conforme art. 2º da RN nº 349/2014.

Art. 17. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.
Art. 18. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritonial, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária - CPT.
Parágrafo Único. A continuidade do tratamento a que se refere o *caput* deste artigo inclui os tempos de atendimento dispostos na RN nº 259, de 2011.

Subseção I
Do Plano-Referência

Art. 19. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.
§1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados 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).
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos no inciso XII do art. 20 e inciso X do art. 21 desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;[1]
VII - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e
XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
§2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
§3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

[1] O art. 19 , § 1º, inciso VI está alterado, conforme art. 2º da RN nº 349/2014.

§4º A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.

Subseção II
Do Plano Ambulatorial

Art. 20. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:
I - cobertura de 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 - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o *caput* deste artigo;
III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa;
IV - cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa;
V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
VI - cobertura dos 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;
VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial;
VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
IX - cobertura de 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;
X - cobertura de hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
XI - cobertura de 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 quimioterápicos citostáticos 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;
XII - cobertura de 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 preferencialmente as seguintes características:[1]
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 nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; e

[1] O art. 20 , inciso XII está alterado, conforme art. 2º da RN nº 349/2014.

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente - ANVISA.
XIII - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;
XIV - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;
XV - cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
XVI - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução.
Parágrafo único. Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:
I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
III - embolizações.

Subseção III
Do Plano Hospitalar

Art. 21. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:
I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;
II quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:
a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e
b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor contratado.
III - cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução;
IV - cobertura de 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 de planos privados de assistência à saúde 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 24 horas da realização da cirurgia) e mediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e
d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;
V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;
VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;
VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;
b) idosos a partir do 60 anos de idade; e
c) pessoas portadoras de deficiências.
VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4° desta Resolução Normativa, 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 - cobertura da 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;
X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral;[1]
c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
d) hemoterapia;
e) nutrição parenteral ou enteral;
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa;
g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa;
h) radiologia intervencionista;
i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa; e
h) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
§1º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:
I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;
II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;
III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e
IV- o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta medica.
§2º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas 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.

Subseção IV
Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

[1] O art. 21 , inciso X, "b", está alterado, conforme art. 2º da RN nº 349/2014.

Art. 22. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 21 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:[1]

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução.

Subseção V
Do Plano Odontológico

Art. 23. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitarem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§2° 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.

§3° É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem comunicar em linguagem clara e acessível, preferencialmente por escrito, aos beneficiários ou contratantes de planos de saúde quanto às alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde.

Parágrafo Único - As comunicações de que tratam o *caput* deste artigo deverão ser disponibilizadas em formato acessível, respeitando-se as especificidades dos beneficiários que se apresentem na condição de pessoa com deficiência, em especial as com deficiência visual e/ou auditiva.

Art. 25. Para fins desta RN e seus anexos aplica-se o disposto no artigo 21 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, o qual determina que, mediante solicitação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, a ANVISA poderá emitir autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, de medicamentos ou de produtos registrados nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro, desde que demonstradas pela CONITEC as evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido na solicitação.

Art. 26. Na hipótese de entrada em vigor de norma da ANVISA que estabeleça a obrigatoriedade da utilização dos testes de detecção de ácidos nucleicos (NAT) como exame de qualificação no sangue de doadores, esta norma se aplicará à cobertura nos planos privados de assistência à saúde, e sua aplicabilidade será imediata, ainda que esta norma entre em vigor antes de 2 de janeiro de 2014.

Art. 27. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisto periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

[1] Retificado conforme DOU publicado em 03/12/2013, seção 1, p. 54

Art. 28. Será constituído pela ANS um Comitê permanente para análise das questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.
Art. 29. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
Art. 30. Ficam revogadas a RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, a RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, a RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013.
Art. 31. Esta Resolução entra em vigor no dia 2 de janeiro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor -Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 343, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013[1]

Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; altera a Resolução Normativa – RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o art. 1º, o art. 3º, os incisos V, VII, XXII, XXIV, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII e XXVII do art. 4º; o inciso II do art.10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os §§2º e 4º do art.1º, o art. 2º; e os incisos V, VII, XIX, XXV, XXIX, XXX, XXXII, XXXIII e XXXVIII do art. 3º, todos do Anexo I do Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art.86 da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião ordinária realizada em 28 de novembro de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPITULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010.

Parágrafo único. A presente Resolução aplica-se a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, inclusive às administradoras de benefício.

Art. 2º O procedimento da NIP consiste em um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 3º Para fins desta Resolução consideram-se:

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 assuntos que não a cobertura assistencial, desde que o consumidor seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de mediação.

CAPITULO II
DO PROCEDIMENTO DA NIP

Seção I
Disposições Gerais

Art. 4º Todas as demandas de reclamação recepcionadas pela ANS, nos termos do art. 3º, serão automaticamente tratadas no procedimento da NIP.

§1º Para o registro da demanda de reclamação os consumidores deverão apresentar o número de protocolo gerado pela operadora de planos privados de assistência à saúde em seus serviços de atendimento.

§2º A demanda de reclamação deverá ser registrada caso o consumidor após tentativa de contato com a operadora de planos privados de assistência à saúde não consiga obter o protocolo.

Art. 5º Os atos praticados no âmbito da NIP serão registrados exclusivamente em meio eletrônico, através de espaço próprio no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Parágrafo único. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão se identificar, por meio de *login* e senha, para verificar as notificações encaminhadas e realização dos atos no âmbito da NIP, inclusive para visualização de documentos e anexação de respostas.

[1] Publicado no DOU em 19/12/2013, seção 1 p. 298.

Art. 6º Os consumidores que realizarem cadastro no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) poderão ter acesso no próprio endereço eletrônico à NIP originada de sua demanda de reclamação, incluindo os documentos essenciais gerados e anexados à ela.
Parágrafo único. Independente do cadastro referido no *caput*, todos os consumidores terão acesso à situação de sua demanda de reclamação pelos demais canais de atendimento da ANS e poderão solicitar vistas ou cópia dos documentos gerados e anexados à NIP nos Núcleos da ANS.

Seção II
Das Fases

Art. 7º A NIP é constituída das seguintes fases, ambas processadas exclusivamente por meio eletrônico:
I - fase de notificação preliminar; e
II - fase de análise fiscalizatória.
Parágrafo único. Serão objeto da fase de análise fiscalizatória somente as demandas NIP Assistenciais.

Subseção I
Da Fase de Notificação Preliminar

Art. 8º Recebida a demanda de reclamação pela ANS a operadora de planos privados de assistência à saúde será notificada para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao consumidor no seguinte prazo:
I - até 5 (cinco) dias úteis na NIP assistencial; e
II - até 10 (dez) dias úteis na NIP não assistencial.
§1º A demanda de reclamação que envolver mais de um assunto deverá observar, quanto ao prazo, o disposto no inciso I do art. 8º com relação à eventual cobertura assistencial, e o disposto no inciso II do art. 8º com relação aos demais assuntos.
§2º A operadora de planos privados de assistência à saúde considera-se notificada na data da disponibilização da notificação no espaço próprio do endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
§3º O prazo para adoção das medidas necessárias para a solução da demanda começará a ser contado a partir do primeiro dia útil seguinte à data da notificação.
Art. 9º A resposta da operadora de planos privados de assistência à saúde deverá ser anexada no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br) em até 10 (dez) dias úteis da notificação, acompanhada de todos os documentos necessários para a análise da demanda, incluindo a comprovação de contato com o consumidor e o Código de Controle Operacional - CCO do beneficiário objeto da demanda, conforme informado à ANS no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB.
§1º A documentação anexada pela operadora deverá demonstrar de forma inequívoca:
I - a solução da demanda junto ao consumidor; ou
II - o não cabimento da demanda do consumidor.
§2º O não atendimento do *caput* e do §1º poderá ensejar a abertura de processo administrativo sancionador, conforme inciso II do art. 12 ou art. 16.
§3º Na hipótese de cobrança de valores indevidos ao consumidor, a prova inequívoca de que trata o inciso I do §1º deste artigo deverá ser feita por meio de apresentação de documentação que comprove a devolução em dobro das quantias pagas.
Art. 10. Findo o prazo para a operadora se manifestar, nos termos do art. 9º, a demanda de reclamação será considerada resolvida, salvo nas hipóteses previstas no art. 11, caso o consumidor, dentro dos 10 (dez) dias subsequentes:
I - informar que o conflito foi solucionado pela operadora; ou
II - não efetuar 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 consumidor de, a qualquer tempo, informar à ANS que a demanda não foi solucionada, o que importará na reabertura da demanda, aplicando-se conforme o caso, o disposto nos arts. 12 ou 16.
§2º Ainda que o consumidor não efetue o retorno conforme o *caput* ou o §1º deste artigo, a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas nos incisos II a IV do art. 11 importará no encaminhamento da demanda, aplicando-se conforme o caso, o disposto nos artigos 12 ou 16.[1]

[1] O §2º do art. 10 foi retificado conforme publicação no DOU de 20/12/2013, seção 1, p. 63.

§3º Quando do registro da demanda de reclamação, o consumidor será informado da necessidade de entrar em contato com a ANS em até 10 (dez) dias após o término do prazo para manifestação da operadora caso sua demanda não tenha sido solucionada, devendo ser comunicado com clareza do teor do *caput* e do §1º deste artigo.
§4º Finalizado o prazo para resposta da operadora, o consumidor 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.

Subseção II
Da Fase de Análise Fiscalizatória

Art. 11. A fase de análise fiscalizatória, necessariamente precedida da fase de notificação preliminar, será realizada pela Diretoria de Fiscalização somente para as demandas da NIP Assistencial e ocorrerá nas seguintes hipóteses:
I - demandas com retorno do consumidor informando que a questão não foi solucionada pela operadora de planos privados de assistência à saúde;
II - demandas sem resposta da operadora de planos privados de assistência à saúde;
III - demandas com relato de realização do procedimento no SUS;
IV - demandas com relato de determinação judicial para resolução do conflito.
Parágrafo Único - O tratamento dado às demandas de NIP Não-Assistencial será regido pela Subseção III do Capítulo III.
Art. 12. Após análise dos fatos, será elaborado relatório conclusivo o qual deverá conter a motivação e base legal para determinar:
I - a finalização da demanda; ou
II - a abertura de processo administrativo sancionador.
§1º As demandas deverão ser finalizadas na hipótese de não ser constatada irregularidade ou, sendo constatada, se houver reparação voluntária e eficaz.
§2º Considera-se reparação voluntária e eficaz a adoção pela operadora de planos privados de assistência à saúde de medidas necessárias para a solução da demanda, resultando na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, desde que observados os prazos definidos no art. 8º desta Resolução.
Art. 13. Na hipótese do inciso II do art. 12, se dará o encerramento da NIP e o encaminhamento para abertura de processo administrativo sancionador, aplicando-se a regulamentação específica.
Art. 14. O conteúdo do relatório conclusivo estará disponível à operadora de planos privados de assistência à saúde em espaço próprio no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
Art. 15. O consumidor será cientificado do conteúdo do relatório conclusivo por meio de espaço próprio no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
Parágrafo único. Caso o consumidor não tenha realizado o cadastro no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br), será intimado por meio eletrônico, por via postal, ou outro meio adequado que assegure o seu conhecimento.

Subseção III
Do Tratamento da Demanda NIP Não-Assistencial

Art.16. As demandas NIP Não-Assistenciais que se enquadrarem em uma das hipóteses elencadas nos incisos do art. 11 serão direcionadas automaticamente para abertura de processo administrativo sancionador, diante do esgotamento dos esforços mediadores da NIP.
Parágrafo único. As demandas NIP Não-Assistenciais cujos cadastros indiquem infração de natureza potencialmente coletiva serão encaminhadas diretamente para abertura de processo administrativo sancionador, ainda que um ou mais reclamantes comuniquem à ANS que a sua demanda foi solucionada, na forma prevista no art. 10, § 4º desta Resolução.

CAPITULO III
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. A finalização das demandas de reclamação na NIP poderá ser revista a qualquer tempo, quando da ausência de algum dos requisitos da reparação voluntária e eficaz.
Art. 18. Sendo relatada a ocorrência de prejuízo à saúde do consumidor em razão do lapso temporal entre a solicitação e a efetiva autorização do procedimento, o interlocutor deverá apresentar declaração do médico assistente para comprovar o alegado.
Art. 19. Todas as reclamações recebidas pela ANS e que sejam objeto do procedimento NIP serão consideradas para fim de monitoramento, de acordo com o indicador de fiscalização.
§1º O indicador de fiscalização é composto pelos indicadores NIP assistencial e NIP não assistencial.
§2º O indicador de fiscalização será regulamentado por meio de Instrução Normativa da Diretoria de Fiscalização.
Art. 20. Os §§1º, 4º, 5º e 6º do art. 11 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, passam a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 11. .....
§1º Considera-se reparação voluntária e eficaz a ação comprovadamente realizada pela operadora que resulte no cumprimento útil da obrigação. (NR)
.....
§4º O reconhecimento de reparação voluntária e eficaz, em demandas assistenciais e não assistenciais, somente poderá ocorrer no âmbito da NIP.
§5º A reparação voluntária e eficaz, no âmbito da NIP, somente poderá ser reconhecida se ocorrer nos seguintes prazos:
I - em até 5 (cinco) dias úteis após a notificação no caso da NIP assistencial;
II - em até 10 (dez) dias úteis após a notificação na NIP não assistencial.
§6º A reparação voluntária e eficaz, no âmbito da representação, somente poderá ser reconhecida se ocorrer em data anterior à lavratura da representação.
....." (NR)
Art. 21. Revoga-se a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010.
Art. 22. Esta Resolução entra em vigor após 90 (noventa) dias da sua publicação, salvo o indicador NIP assistencial, cujo início da vigência será a mesma do normativo que irá regulamentá-lo.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 344, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013[1]

Altera a Resolução Normativa - RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso XLI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o §3º do artigo 1º da Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001; a alínea "b" do inciso IV e o parágrafo único, ambos do artigo 35-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN altera o Anexo da Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, que dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de plano de assistência à saúde.

Art. 2º O Capítulo I do Anexo da Resolução Normativa nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, passa a vigorar acrescido do subitem 6.2.1, conforme segue:

ANEXO
CAPÍTULO I - NORMAS GERAIS

6.2. .....

6.2.1 As Notas Explicativas deverão contemplar o quadro contendo a distribuição dos saldos Eventos Médicos Hospitalares Assistência Médico Hospitalar, conforme previsto no subitem 7.1.1. ....." (NR)

Art. 3º O subitem 6.3.9 do Capítulo I do Anexo da RN nº 290, de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

ANEXO
CAPÍTULO I - NORMAS GERAIS

6.3 .....

6.3.9 O relatório circunstanciado contendo as observações do auditor independente, relativamente às deficiências ou à ineficácia dos controles internos, deve ser enviado para a ANS até 15 de abril do exercício subsequente, bem como permanecer na operadora à disposição da ANS. ....." (NR)

Art. 4º O Anexo da RN nº 290, de 2012, passa a vigorar acrescido do Capítulo III - Modelo de Publicação, conforme o Anexo desta RN.

Art. 5º Esta Resolução Normativa se aplica ao registro dos fatos contábeis ocorridos a partir de 1º de janeiro de 2013.

Art. 6º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 24/12/2013, seção 1 p. 123.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 347, DE 2 DE ABRIL DE 2014[1]

Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso XXIV do art. 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; a alínea "e" do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de março de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.

Art. 2º A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência, é obrigatória, a partir da ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde, quando ocorrer:

I - de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde - SUS, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

II- de hospital ou serviço de pronto-atendimento privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário;

III - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, apenas quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos para continuidade de atenção ao beneficiário na unidade de saúde de origem;

IV - de hospital ou serviço de pronto-atendimento público ou privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora, localizado fora da área de atuação do produto contratado pelo beneficiário, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário apto a realizar o devido atendimento, apenas nos casos em que o evento que originou a necessidade do serviço tenha ocorrido dentro da área de atuação do produto do beneficiário e na indisponibilidade ou inexistência de prestador conforme previsto nos arts. 4º, 5º e 6º, da Resolução Normativa - RN n° 259, de 17 de junho de 2011; e

V - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano de saúde do beneficiário, nos casos em que houver previsão contratual para atendimento em estabelecimento de saúde específico.

Parágrafo único. A remoção de beneficiários somente poderá ser realizada mediante o consentimento do próprio beneficiário ou de seu responsável, e após a autorização do médico assistente.

Art. 3º A remoção de beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar, que já tenham cumprido o período de carência não será obrigatória nas seguintes hipóteses:

[1] Publicado no DOU em 04/04/2014, seção 1 p. 94 e 95.

I - de local público ou privado que não seja uma unidade hospitalar ou serviço de pronto-atendimento, ressalvadas hipóteses de indisponibilidade e inexistência de prestadores previstos nos arts. 4º, 5º e 6º, da RN n° 259, de 2011; ou

II - de hospital ou serviço de pronto-atendimento cooperado, referenciado, credenciado, e da rede própria da operadora, vinculados ao plano privado de assistência à saúde do beneficiário, localizado dentro da área de atuação do produto contratado, para hospital privado não cooperado, não referenciado, não credenciado ao plano de saúde do beneficiário, e não pertencente à rede própria da operadora.

Art. 4º Os contratos de planos privados de assistência à saúde podem conter cláusulas mais amplas do que as estabelecidas no art. 2º, abrangendo, inclusive, as hipóteses contidas no art. 3º.

Parágrafo único. As cláusulas mais amplas a que se refere o caput podem também estar previstas em termo ou instrumento, apartado do contrato de planos privados de assistência à saúde, que preveja cobertura adicional referente à remoção.

Art. 5º A presente Resolução Normativa não se incompatibiliza com os regulamentos técnicos do Ministério da Saúde ou do Conselho Federal de Medicina - CFM referentes à remoção, no âmbito de suas competências.

Art. 6º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 349, DE 9 DE MAIO DE 2014[1]

Altera a Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013.

O Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no exercício da competência prevista no inciso IV do artigo 11 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em vista do que dispõe a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013; a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; adota a seguinte Resolução Normativa e determina a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o tratamento antineoplásico de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, de que trata a Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013.

Art. 2º O caput do art. 13, o inciso VI do § 1º do art. 19; o inciso XII do art. 20; a alínea "b" do inciso X do art. 21 da RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998....." (NR)

"Art.19 § 1º .....

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos no inciso XII do art. 20 e inciso X do art. 21 desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa....." (NR)

Art.20.....

XII - cobertura de 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 preferencialmente as seguintes características:" (NR)

Art.21 X - .....

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral; ....." (NR)

Art. 3º Fica incluído o item "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos" e alterada a segmentação do item "Terapia antineoplásica oral para o tratamento de câncer" do Anexo I da RN nº 338, de

21 de outubro de 2013, com a inclusão das segmentações hospitalar com ou sem obstetrícia, conforme Anexo I desta Resolução.

Art. 4º Fica incluído o item "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos" no Anexo II da RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, conforme Anexo II desta Resolução.

Art. 5º Esta RN, bem como seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor em 12 de maio de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 12/05/2014, seção 1 p. 43.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 351, DE 16 DE JUNHO DE 2014[1]

Define critérios para a suspensão da exigibilidade de créditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS pelo depósito judicial de seu montante integral diretamente comunicado à ANS pela operadora de planos de saúde depositante; altera a Resolução Normativa - RN nº 04, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS; e revoga o inciso IV do art. 70 do Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 3º; 4º, incisos VI e XXXVIII; 17, incisos I, III e IV; 21, § 1º; e 24, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os arts. 27 e 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e o art. 86, inciso II, alínea "a", da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 5 de junho de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa – RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa define critérios para a suspensão da exigibilidade de créditos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS pelo depósito judicial de seu montante integral diretamente comunicado à ANS pela operadora de plano de assistência à saúde depositante; altera a Resolução Normativa - RN nº 04, de 19 de abril de 2002, que dispõe sobre o parcelamento de débitos tributários e não tributários para com a ANS, além do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS; e revoga o inciso IV do art. 70 do Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Art. 2º A comunicação de depósito judicial para o fim de suspender a exigibilidade de crédito da ANS deve ser feita por meio de requerimento específico, o qual deverá conter as seguintes informações:

I - relativas à operadora:

a) razão social;

b) número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

c) número de registro na ANS; e

d) endereço de correio eletrônico para contato.

II - relativas ao débito:

a) número do processo administrativo;

b) número das Guias de Recolhimento da União - GRU, das Notificações Fiscais de Lançamento de Débito - NFLD, das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH, dos Autos de Infração – AI ou das Certidões de Dívida Ativa - CDA, conforme o caso, englobadas pelo depósito judicial;

c) valor original;

d) data de vencimento;

e) valor da multa moratória, quando devida;

f) valor dos juros de mora, quando devidos; e

g) valor do encargo legal, quando devido.

III - relativas ao depósito:

a) órgão jurisdicional à disposição do qual foi efetuado o depósito;

b) número do processo judicial;

c) tipo da ação judicial;

d) valor do depósito; e

e) data do depósito.

§ 1º Quando se tratar de Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde - TPS, dentre as informações relativas ao débito, deverão ser especificados os trimestres englobados pelo depósito judicial.

§ 2º O requerimento a que se refere este artigo deverá ser entregue na seção de protocolo da ANS ou poderá ser encaminhado via postal.

[1] Publicado no DOU em 17/06/2014, seção 1, pág.65 e 66.

Art. 3º O requerimento a que se refere o artigo anterior deverá estar acompanhado dos seguintes documentos:
I - cópia legível da guia de depósito judicial; e
II - certidão atual expedida pela secretaria do órgão jurisdicional perante a qual tramita a ação na qual se discute o débito contendo informações sobre o crédito objeto da ação (nº do processo administrativo, da GRU, da AIH, da NFLD, do AI, da CDA, ou, para TPS, também a identificação do trimestre, conforme o caso), sobre a realização do depósito judicial (dados do depósito) e a juntada da respectiva guia aos autos e sobre o atual estado do processo.
Parágrafo único. A certidão referida no inciso II do caput deste artigo será considerada atual quando houver sido expedida a no máximo 60 (sessenta) dias antes de sua apresentação à ANS.
Art. 4º Na hipótese de um único depósito englobar créditos de mais de um processo administrativo em curso na ANS, a operadora de plano de assistência à saúde depositante deverá apresentar requerimento em todos os processos administrativos envolvidos.
Art. 5º Cumprido o disposto nos artigos anteriores e não restando dúvida quanto à vinculação do depósito judicial ao débito especificado no requerimento de que trata o art. 2º desta Resolução, a integralidade do depósito judicial em face do crédito discutido será conferida por servidor da ANS.
Parágrafo único. Se a documentação apresentada na forma desta Resolução não tiver sido suficiente para estabelecer com segurança a vinculação de que trata o caput deste artigo, a operadora será contatada pelo endereço de correio eletrônico informado na alínea "d" do inciso I do art. 2º desta Resolução para prestar os esclarecimentos necessários.
Art. 6º Sendo verificada a integralidade do depósito judicial, a ANS reconhecerá a suspensão da exigibilidade do crédito, o que gerará, conforme o caso:
I - impedimento da inscrição do crédito objeto do depósito judicial em dívida ativa;
II - impedimento ou suspensão da inscrição da operadora no Cadastro Informativo de créditos não quitados do setor público federal - CADIN pelo crédito objeto do depósito judicial; e
III - direito de obtenção de certidão positiva com efeito de negativa quanto ao crédito objeto do depósito judicial.
Parágrafo único. A suspensão da exigibilidade do crédito pelo depósito judicial será objeto de registro, sempre que possível, nos sistemas da ANS.
Art. 7º Sendo verificado que o depósito judicial não corresponde à integralidade do crédito discutido, a operadora será cientificada da diferença apurada pelo endereço de correio eletrônico informado na alínea "d" do inciso I do art. 2º.
§ 1º Tratando-se de Taxa de Saúde Suplementar, o cálculo da diferença deverá incluir eventual perda de descontos prevista na legislação vigente.
§ 2º Caso a operadora efetue depósito judicial complementar da quantia informada no caput deste artigo, o requerimento para comunicação desse novo depósito deverá estar instruído com os documentos referidos no art. 3º desta Resolução.
Art. 8º O requerimento de que trata o art. 2º, os documentos elencados no art. 3º e os atos praticados para fins dos arts. 5º e 7º desta Resolução Normativa deverão ser juntados aos processos administrativos de constituição dos créditos a que se referirem.
Art. 9º O disposto nesta norma acerca das comunicações de depósito judicial não se aplicam às:
I - comunicações de suspensão de exigibilidade de crédito efetuadas pela Procuradoria Federal junto à ANS ou outro órgão da Procuradoria-Geral Federal; e
II - comunicações de suspensão de exigibilidade de crédito efetuadas diretamente pelo Poder Judiciário para cumprimento de suas decisões.
Art. 10. O caput do art. 16-A da RN nº 04, de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 16-A. Observadas as condições previstas neste artigo, será admitido reparcelamento de débitos constantes de parcelamento em andamento ou que tenha sido rescindido." (NR)
Art. 11. A RN nº 4, de 2002, passa a vigorar acrescida do parágrafo único no art. 1º, com a seguinte redação:
"Art. 1º .....
Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica aos débitos inscritos em dívida ativa, cujo parcelamento observará as regras e procedimentos instituídos por regulamentação própria, de competência da Procuradoria-Geral Federal - PGF."
Art. 12. O sistema de parcelamento de débitos da ANS continuará a ser utilizado para o parcelamento dos débitos inscritos em dívida ativa da ANS enquanto não ocorrer a centralização prevista na Portaria nº 267, de 16 de março de 2009, da Procuradoria-Geral Federal - PGF.

Art. 13. O parcelamento de débitos inscritos em dívida ativa, requerido até a data de publicação desta Resolução, seguirá o disposto na RN nº 04, de 2002.
Art. 14. Ficam revogados o inciso II do § 3º do art. 3º, os incisos IV e V do parágrafo único do art. 10, o inciso II do art. 20, o inciso III do art. 28, e os arts. 8º, 9º, 21, 21-A, 21-B, 21-C, 21-D,
21-E, 22, 22-A, 23, 24, 25 e 26, todos da RN nº 04, de 19 de abril de 2002, e o inciso IV do art. 70 do Regimento Interno da ANS, instituído pela RN nº 197, de 16 de julho de 2009.
Art. 15. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 358, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e no inciso VI do art. 4° da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 25 de novembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução estabelece normas acerca dos procedimentos administrativos físicos e híbridos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

Art. 2º Art. 2° Para fins desta Resolução, considera-se:

I - atendimento: serviço de assistência à saúde realizado por prestador público ou privado, conveniado ou contratado, integrante do SUS;

II - atendimento identificado: atendimento de beneficiário, desde que coberto pelo contrato de plano privado de assistência à saúde ao qual está vinculado o beneficiário, ainda que o prestador não integre a rede assistencial da operadora de plano privado de assistência à saúde - OPS;

III - beneficiário: consumidor de plano privado de assistência à saúde, titular ou dependente;

IV - motivo: causa de pedir de impugnação ou de recurso administrativo;

V - motivo de natureza técnica: motivo cuja fundamentação demandar a realização de auditoria assistencial in loco do prontuário do atendimento identificado;

VI - motivo de natureza administrativa: motivo que não seja classificado como de natureza técnica;

VII - documento físico: documento cujo suporte original é em papel;

VIII - documento digital: documento codificado em dígitos binários, produzido, tramitado, armazenado e visualizado por meio de sistemas computacionais;

IX - assinatura digital: registro digital que manifesta, por meio da utilização de certificado digital, a concordância de uma pessoa com o conteúdo de um documento digital ou a conferência por uma pessoa do conteúdo de documento digitalizado com seu original;

X - certificado digital: documento digital gerado e assinado por Autoridade Certificadora integrante da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil que, seguindo regras estabelecidas pelo Comitê Gestor da ICP-Brasil, associa uma pessoa física ou jurídica a um par de chaves criptográficas, o qual pode ser utilizado, dentre outras coisas, para identificação virtual e assinatura de documentos digitais ou digitalizados;

XI - cópia física de documento: reprodução em papel de documento, qualquer que seja o suporte do original;

XII - documento digitalizado: cópia digital de documento físico;

XIII - peça física: documento físico ou cópia física de documento integrante de processo administrativo;

XIV - peça digital: documento digital ou digitalizado integrante de processo administrativo;

XV - procedimento administrativo físico: procedimento administrativo autuado em papel e não integrado por nenhuma peça digital;

XVI - procedimento administrativo híbrido: procedimento administrativo autuado em papel, contendo peças físicas e digitais;

[1] Publicado no DOU em 01/12/2014, seção 1 p. 33 e 34.

XVII - serviço online de protocolo: serviço disponibilizado na Internet para protocolo de petições referentes a procedimentos administrativos de ressarcimento ao SUS, bem como para que a ANS disponibilize notificações e intimações eletrônicas para ciência das OPS; e
XVIII - indisponibilidade externa: falta de oferta do serviço online de protocolo, desde que não motivada por falha de transmissão de dados entre as estações de trabalho do público externo e a rede de comunicação pública, nem por falhas nos equipamentos ou programas dos usuários; [1] e
XIX - notificação ou intimação eletrônica: comunicação e publicação eletrônicas dos atos processuais com a utilização da Internet.[2]

CAPÍTULO II
DA OBRIGAÇÃO DE RESSARCIMENTO AO SUS

Seção I
Da Identificação de Atendimento a Beneficiário de Plano Privado de Assistência à Saúde Feito pelo SUS

Art. 3º A identificação é procedimento administrativo, de competência da ANS, que verifica a ocorrência da obrigação legal de ressarcir ao SUS por meio da constatação de atendimento no SUS a beneficiário de plano privado de saúde, do cálculo do montante devido e da determinação da OPS devedora.
Art. 4º A identificação será realizada mediante cruzamento de bancos de dados relativos aos atendimentos realizados nas unidades prestadoras de serviços vinculadas ao SUS com as informações cadastrais das OPS constantes do banco de dados da ANS, nos termos do artigo 20 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e da regulamentação da ANS.
§ 1° O serviço de atendimento à saúde cuja continuidade tiver demandado a emissão de mais de um documento de registro ou de autorização produzirá um atendimento identificado para cada documento de autorização ou registro emitido.
§ 2° Nos casos de transferência de carteira previstos na legislação em vigor, a OPS cessionária é responsável por todos os créditos devidos à título de ressarcimento ao SUS relativos a atendimentos realizados a partir da efetivação da transferência, mesmo que a OPS cedente ou a OPS cessionária ainda não tenha atualizado as informações cadastrais dos beneficiários nos bancos de dados da ANS.
§ 3º Na hipótese de ser identificado, por qualquer meio de informação, atendimento a beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo cadastramento não tenha sido corretamente informado ou atualizado pela OPS, tal fato será cientificado à área técnica responsável pelo cadastro de beneficiários, nos termos da legislação em vigor, sem prejuízo da cobrança do ressarcimento.
Art. 5º Cada atendimento identificado poderá ser autuado individualmente em um processo, ou agrupado com outros atendimentos identificados em função do mês de competência, do beneficiário, da OPS, do tipo de atendimento, do procedimento ou de qualquer outro critério, conforme ato da DIDES.

Seção II
Dos Valores a Serem Ressarcidos ao SUS

Art. 6° O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR.

CAPÍTULO III
DO PROCEDIMENTO DE RESSARCIMENTO AO SUS

Seção I
Da Forma, Tempo e Lugar dos Atos

Art. 7° O procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS será físico ou híbrido.

[1] Os incisos XVII e XVIII do art. 2º foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[2] O inciso XIX do art. 2º foi incluído, conforme art. 3º da RN nº 377/2015.

Art. 8° As notificações e intimações serão realizadas, preferencialmente, por meio eletrônico descrito no artigo 14, considerando- se efetivamente notificada ou intimada a OPS após o decurso de 10 (dez) dias corridos da disponibilização no serviço online de protocolo.
§1º Quando for inviável o uso do meio eletrônico para a realização da intimação ou notificação, inclusive por motivo técnico, poderá ser expedida correspondência postada pelos Correios com Aviso de Recebimento, ou por qualquer outro meio que assegure a ciência do destinatário.[1]
§2º A OPS será notificada ou intimada por meio de publicação resumida no Diário Oficial nas hipóteses em que ocorrerem cumulativamente os seguintes requisitos:
I - não haja cadastro de perfis no sistema eletrônico; e
II - o endereço constante nos registros da ANS, fornecidos pela OPS, não seja confirmado pelo serviço postal.
§3º É dever da operadora verificar periodicamente a existência de notificações e intimações em ambiente eletrônico.[2]
Art. 9. Quando não ocorrerem por meio eletrônico na forma do artigo 8º, as notificações ou as intimações serão consideradas válidas em uma das datas abaixo que primeiro ocorrer:[3]
I - no dia do recebimento da correspondência;
II - no dia da publicação no Diário Oficial da União;
III - no dia de vista dos autos do processo; ou
IV - no dia de recebimento de cópia dos autos por representante da OPS.
Art. 10. Os prazos expressos em dias contam-se de modo contínuo a partir da data da ciência da notificação ou intimação, excluindo o dia do começo e incluindo o do vencimento.
§ 1° O prazo se inicia em dia útil em que haja expediente na sede da ANS.
§ 2° O prazo somente vence em dia útil em que haja expediente na sede da ANS que não seja encerrado antes da hora normal.
Art. 11. Salvo motivo de força maior ou caso fortuito devidamente comprovado, os prazos processuais não se suspendem.
Art. 12. As petições de impugnação e de recurso deverão ser encaminhadas exclusivamente por meio de serviço online de protocolo.
§ 1° As petições de que trata o caput devem ser assinadas digitalmente.
§ 2° A DIDES disciplinará em Instrução Normativa:
I - a forma e o meio de encaminhamento e protocolo de outros tipos de petição;
II - o credenciamento de usuários do serviço online de protocolo; e
III - as regras e as condições de utilização de serviço online de protocolo.
Art. 13. Todos os atos praticados por meio do serviço online de protocolo, inclusive a disponibilização eletrônica de notificações e intimações, serão registrados com a identificação do usuário, a data e o horário de sua realização.[4]
§ 1º Será considerado, para todos os efeitos, o horário oficial de Brasília.
§ 2º Os atos processuais praticados por meio do serviço online de protocolo considerar-se-ão realizados no dia e na hora da emissão do recibo de protocolo.
§ 3° Quando a petição eletrônica for enviada para atender prazo processual, serão consideradas tempestivas as transmitidas até as 24 (vinte e quatro) horas do seu último dia.
§ 4º Para efeito de tempestividade, não serão considerados o horário da conexão do usuário com a Internet, o horário do acesso ao portal da ANS nem os horários consignados nos equipamentos do remetente e da unidade destinatária.
Art. 14. O serviço online de protocolo estará disponível todos os dias, vinte e quatro horas por dia, ininterruptamente, ressalvados os períodos de manutenção do sistema.
Art. 15. Os prazos de impugnação ou recurso que vencerem no dia da ocorrência de indisponibilidade do serviço online de protocolo serão prorrogados para o dia útil seguinte à retomada de funcionamento, desde que a indisponibilidade seja superior a cento e vinte minutos, ininterruptos ou não, e ocorra entre as 8 horas e as 24 horas.
Parágrafo único. As indisponibilidades ocorridas antes das 8 horas dos dias de expediente e as ocorridas em feriados e finais de semana, a qualquer hora, não produzirão o efeito do caput deste

[1] O *caput* do art. 8º e o §1º foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[2] Os §§ 2º e 3º do art. 2º foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 377/2015.
[3] O *caput* do art. 9º foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[4] O *caput* do art. 13 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.

artigo.

Art. 16. Os atos processuais das OPS serão considerados como praticados na data registrada em comprovante de protocolo de encaminhamento de documento digital por meio de serviço online de protocolo.

Parágrafo único. Para os casos em que seja admitido o encaminhamento de documento físico de petição, considera-se praticado o ato:

I - na data de postagem, no caso de petição encaminhada pelos Correios; ou

II - na data registrada em comprovante de protocolo fornecido pelo Protocolo da ANS.

Art. 17. As cópias físicas ou digitais de documentos encaminhados pelas OPS cuja conferência com o original seja atestada por representante da OPS têm a mesma força probante dos originais, ressalvada a suspeita de adulteração.

Art. 18. Os originais dos documentos cujas cópias forem apresentadas à ANS deverão ser preservados pela OPS durante o prazo de cinco anos após o encerramento do processo administrativo, ou, em havendo lide judicial, até o fim do prazo da ação rescisória.

§ 1° No caso de suspeita de alteração de documento ou de cópia de documento, a OPS será notificada para comprovar sua autenticidade por meio da apresentação do original à ANS no prazo máximo de cinco dias úteis.

§ 2° A falsidade documental será punida administrativamente, sem prejuízo da responsabilidade penal.

§ 3° Se a OPS não atender ao requerimento de que trata o §1º, a cópia digitalizada do documento cujo original não foi apresentado não será considerada como prova no procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS, sem prejuízo da aplicação de penalidade administrativa.

Art. 19. Não serão consideradas no procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS as provas obtidas por meios ilícitos, tampouco os documentos que apresentem emendas, rasuras, entrelinhas, ou informações incorretas, incompletas ou ilegíveis que venham a comprometer a clareza e a segurança de sua apreciação.

Seção II
Da Notificação de Identificação de Atendimento a Beneficiário Feito pelo SUS

Art. 20. A DIDES notificará as OPS do Aviso de Beneficiário Identificado - ABI e da cobrança.

Parágrafo único. A notificação de que trata o caput deste artigo conterá as seguintes informações:

I - número do processo de ressarcimento ao SUS;

II - razão social e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ da OPS;

III - prazo de impugnação da identificação dos atendimentos;

IV - para cada atendimento identificado:

a) identificação, natureza e endereço de cada unidade prestadora de serviço;

b) número e mês de competência lançados no documento do SUS de autorização ou registro do atendimento identificado;

c) código de controle operacional - CCO e data de nascimento do beneficiário atendido;

d) data, mês ou período em que o serviço foi realizado;

e) caráter do atendimento, conforme classificação do SUS, caso aplicável;

f) código, descrição, quantidade e valor de cada procedimento realizado, e eventuais acréscimos aplicados pelo SUS;

V - discriminação do valor total a ser ressarcido e o prazo de pagamento sem incidência juros de mora e multa.[1]

VI - a possibilidade de incidência, findo o prazo de pagamento descrito no inciso V, de:

a - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento do referido prazo de pagamento; e

b - multa de mora na forma da legislação em vigor a contar do final do referido prazo de pagamento; e

VII - informação de que o não pagamento no prazo possibilitará a inscrição dos valores devidos na Dívida Ativa da ANS, e, após setenta e cinco dias do vencimento da obrigação, de inscrição da OPS no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal - CADIN.[2]

[1] O *caput* e o inciso V do art. 20 foram alterados, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.

[2] Os incisos VI e VII do art. 20 foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 377/2015.

Seção III
Da Impugnação

Art. 21. A OPS terá o prazo de trinta dias para impugnar a identificação após ser notificada.
Art. 22. A impugnação deverá atender aos requisitos previstos em Instrução Normativa da DIDES.
Parágrafo único. A impugnação deverá estar acompanhada das provas documentais das alegações, exemplificadas em Instrução Normativa da DIDES.
Art. 23. Para a comprovação de motivos de natureza técnica, poderão auditar o prontuário dos atendimentos identificados os profissionais de saúde das OPS cadastrados perante a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - SAS-MS.
Art. 24. Compete ao Diretor da DIDES julgar a impugnação apresentada.
Art. 25. Não serão conhecidas as impugnações:
I - intempestivas;
II - perante órgão incompetente;
III - por quem não seja legitimado;
IV - após exaurida a esfera administrativa;
V - encaminhadas em desacordo com o artigo 13; ou
VI - em outras hipóteses previstas em Instrução Normativa da DIDES.
Art. 26. Sem prejuízo do ônus da OPS de comprovar suas alegações, a ANS poderá produzir de ofício as provas necessárias à instrução dos processos administrativos relacionados ao ressarcimento ao SUS.
Parágrafo único. A OPS será intimada das provas produzidas e terá prazo de dez dias para manifestação.
Art. 27. Decidida a impugnação, a DIDES notificará a OPS da decisão, intimando para pagamento conforme o valor apurado, sem prejuízo ao disposto no artigo 33 desta Resolução.[1]

Seção IV
Do Recurso

Art. 28. Da decisão proferida pelo Diretor da DIDES caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS, como última instância administrativa, no prazo de dez dias contados da ciência da decisão.
Parágrafo único. O recurso deve ser encaminhado ao Diretor da DIDES.
Art. 29. Aplicam-se ao recurso as disposições dos artigos 22 e 23.
Art. 30. Em não reconsiderando sua decisão, ou em reconsiderando apenas parcialmente, o Diretor da DIDES encaminhará o processo devidamente instruído à Diretoria Colegiada da ANS para decisão.
Parágrafo único. Em reconsiderando sua decisão, a DIDES notificará a OPS da decisão, intimando para pagamento conforme o valor apurado, sem prejuízo ao disposto no artigo 33 desta Resolução.[2]
Art. 31. Apreciado o recurso pela Diretoria Colegiada da ANS, a DIDES notificará a OPS da decisão, intimando para pagamento conforme o valor apurado, sem prejuízo ao disposto no artigo 33 desta Resolução.[3]
Art. 32. Aplicam-se à análise e à decisão sobre recurso o disposto nos artigos 25 e 26.

CAPÍTULO IV
DO RECOLHIMENTO

Seção I
Da Cobrança Administrativa

Art. 33. A notificação da OPS, na forma do art. 20 desta Resolução, fixa a data de vencimento do prazo para pagamento do valor devido para ressarcimento ao SUS, que ocorre pelo decurso de 15 (quinze) dias, após o fim do prazo de impugnação, previsto no art. 21 desta Resolução:[4]
I – Revogado.[5]
II – Revogado.
III – Revogado.

[1] O *caput* do art. 27 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[2] O § único do art. 30 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[3] O art. 31 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[4] O art. 33 foi alterado, conforme art. 2º da RN nº 377/2015.
[5] Os incisos I, II e III do art. 33 foram revogados, conforme art. 4º da RN nº 377/2015.

§ 1º A apresentação de impugnação ou de recursos tempestivos no curso do processo suspende a exigibilidade do crédito de ressarcimento ao SUS, mantendo-se inalterada:
a) a sua data de vencimento descrita no caput; e
b) a fluência dos juros de mora.
§ 2º Para fins de incidência de juros e multa de mora considera-se a data do vencimento descrito no caput, na forma da legislação em vigor.
§ 3º O não pagamento no prazo possibilitará a inscrição dos valores devidos na Dívida Ativa da ANS, e, após setenta e cinco dias do vencimento da obrigação, de inscrição da OPS no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do setor público federal - CADIN.
§ 4º No caso dos artigos 27, 30, parágrafo único e 31, a inscrição no CADIN ocorrerá setenta e cinco dias após a realização das respectivas notificações.
§ 5º As notificações deverão informar o disposto nos §§ 3º e 4º.[1]

Seção II
Do Pagamento

Art. 34. O pagamento do ressarcimento ao SUS será realizado exclusivamente por meio de Guia de Recolhimento da União - GRU.

Seção III
Do Parcelamento

Art. 35. Os débitos do ressarcimento ao SUS a vencer, vencidos e não pagos, e os inscritos em dívida ativa poderão ser parcelados nas formas e nas condições previstas na legislação em vigor.

CAPÍTULO V
DO REPASSE

Art. 36. Os valores recolhidos pelas OPS a título de ressarcimento ao SUS serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde - FNS pela ANS.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 37. As OPS poderão credenciar usuários para utilizar o serviço online de protocolo a partir do dia 1 de dezembro de 2014.
Art. 38. O serviço online de protocolo será implantado no dia 6 de janeiro de 2015 e será o único meio:
I - para impugnar atendimentos identificados notificados às OPS por meio de ofícios de Aviso de Beneficiário Identificado expedidos a partir da data do caput;
II - para recorrer contra decisões de impugnação notificadas às OPS por meio de ofícios expedidos a partir da data do caput.
Parágrafo único. Até que seja implantado serviço de que trata o caput, as petições de impugnação ou de recurso referentes aos procedimentos de ressarcimento ao SUS devem ser encaminhadas
exclusivamente em documentos físicos e cópias físicas de documentos, aplicando-se o disposto nesta Resolução Normativa no que couber.
Art. 39. Em relação aos Avisos de Beneficiário Identificado e às decisões de impugnação cujas notificações forem expedidas de 6 de janeiro de 2015 a 31 de janeiro de 2015, os prazos serão:
I - de sessenta dias para impugnar; e
II - de quarenta dias para recorrer.
Art. 39-A. O Diretor da DIDES poderá dilatar ou prorrogar os prazos para apresentação de impugnação ou recurso em virtude de questões técnicas ou operacionais.[2]
Parágrafo único. "Esta decisão deverá ser informada à Diretoria Colegiada em até 30 (trinta) dias para ciência.

[1] Os §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º do art. 33 foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 377/2015.
[2] O art. 39-A foi incluído, conforme art. 3º da RN nº 377/2015.

Art. 40. Os documentos, rotinas, critérios, procedimentos e fluxos para a operacionalização do processo, e demais detalhamentos desta Resolução, serão definidos em Instrução Normativa da DIDES.
Art. 41. A regra prevista no art. 6° se aplica aos atendimentos identificados das competências a partir de janeiro de 2008.
Parágrafo único. O ressarcimento ao SUS para os atendimentos identificados das competências até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada para as referidas competências.
Art. 41-A. A regra de cobrança prevista no art. 33 supra, aplica-se a partir do lançamento 54° ABI em diante. [1]
Parágrafo único. Os processos administrativos em curso, anteriores ao 54° ABI seguem as seguintes regras:
I - para processos pendentes de decisão de primeira instância, será realizada a notificação de cobrança juntamente com a disponibilização desta decisão, fixando a data de vencimento do prazo para pagamento do valor devido para ressarcimento ao SUS e dos juros e multa de mora, contando-se o prazo de 15 (quinze) dias para pagamento a partir do fim do prazo para interposição de recurso, na forma do art. 28, ainda que exercida a faculdade de recorrer, mas mantida a decisão de primeira instância; e
II - para processos já julgados em primeira instância e pendentes de decisão de segunda instância, a notificação de cobrança será disponibilizada juntamente com esta, fixando a data de vencimento do prazo para pagamento do valor devido para ressarcimento ao SUS e dos juros e multa de mora, contando-se o prazo de 15 (quinze) dias da sua ciência para pagamento.
Art. 41-B. Aplicam-se as regras referentes ao serviço online de protocolo acerca das notificações ou intimações eletrônicas também aos processos administrativos de ressarcimento ao SUS em curso.
Art. 42. Revogam-se a RN n° 185, de 30 de dezembro de 2008, que institui o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e
estabelece normas sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS; e a RN n° 253, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o procedimento físico de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.
Art. 43. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] Os arts. 41-A e 41-B foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 377/2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 360, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários, bem como sua disponibilização obrigatória de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 3º, os incisos XIX e XXXVI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e inciso III do artigo 6º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em reunião realizada em 25 de novembro de 2014, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução estabelece o conteúdo mínimo obrigatório a ser observado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para identificação unívoca de seus beneficiários e torna obrigatória a disponibilização de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, em meio físico ou digital.

Art. 2º Para este fim são utilizadas as seguintes definições:

I - Identificação Padrão da Saúde Suplementar: documento de identificação unívoca dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizado por meio físico ou digital, de forma que apenas o beneficiário tenha acesso a seus dados;

II - meio físico: Identificação Padrão da Saúde Suplementar impresso em qualquer material; e

III - meio digital: meio de exibição de dados da Identificação Padrão da Saúde Suplementar no portal da operadora na Internet ou em aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares.

Parágrafo único. A Identificação Padrão da Saúde Suplementar disposta nesta Resolução pode ser disponibilizada pela operadora de planos privados de assistência à saúde através de meio físico ou digital, observado o sigilo dos dados de cada beneficiário.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Do Cartão Nacional de Saúde

Art. 3º. As operadoras são obrigadas a fornecer aos seus beneficiários o número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, instrumento que porta o número de identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde no território nacional, conforme disposto na Portaria Ministério da Saúde n.º 940, de 28 de abril de 2011.

Seção II
Da Identificação Padrão da Saúde Suplementar

Art. 4º. A Identificação Padrão da Saúde Suplementar em meio físico ou digital deverá conter obrigatoriamente os seguintes dados:

I - nome do beneficiário;

II - data de nascimento do beneficiário;

III - número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;

[1] Publicado no DOU em 03/12/2014, seção 1 p. 57.

IV - número do registro do plano privado de assistência à saúde ou do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;
V - segmentação assistencial do plano;
VI - número da matrícula do beneficiário no plano;
VII - código do registro da operadora na ANS;
VIII - informação de contato com a operadora (Serviço de Atendimento ao Consumidor da operadora);
IX - informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS e endereço eletrônico);
X - data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, se houver;
XI - padrão de acomodação;
XII - tipo de contratação;
XIII - área de abrangência geográfica.
XIV - informações mínimas acerca das diferenças dos tipos de contratação, na forma estabelecida no Anexo I desta RN.[1]
XV - nome do produto;
XVI - nome fantasia da operadora;
XVII - nome fantasia da administradora de benefícios, quando houver;
XVIII - nome da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial; e
XIX - data de início da vigência do plano.[2]
§1º As informações mínimas acerca dos tipos de contratação devem integrar obrigatoriamente a Identificação Padrão da Saúde Suplementar em meio digital, sendo que em meio físico pode ser disponibilizada em documento apartado, que se considera parte integrante desta, aplicando-se as mesmas regras dispostas na presente Resolução.
§2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão disponibilizar dados adicionais aos dispostos no caput.[3]
Art. 5º A operadora de planos privados de assistência à saúde que optar pela não emissão em meio físico deverá disponibilizar aos seus beneficiários, em seu portal na Internet ou em aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares, a Identificação Padrão da Saúde Suplementar passível de impressão em papel, que deverá trazer o conteúdo mínimo obrigatório definido nesta Resolução.

Seção III
Do Sigilo e Manutenção dos Dados

Art. 6º A operadora de planos privados de assistência à saúde que optar pela disponibilização dos dados em seu portal na Internet ou em aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares deverá:
I - fornecer ao beneficiário login e senha de acesso;
II - disponibilizar os dados listados no art. 4º; e
III - garantir o sigilo e a confidencialidade das informações individuais de seus beneficiários.
Art. 7º A operadora de planos privados de assistência à saúde será responsável pela gestão de seu portal na Internet ou de aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares e executará:
I - manutenção e atualização das bases de dados;
II - preservação da estabilidade, segurança e funcionalidade da rede e dos aplicativos, por meio de medidas técnicas compatíveis com os padrões internacionais e do estímulo ao uso de boas práticas; e
III - medidas e procedimentos de segurança e sigilo dos registros de conexão e dos dados.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 8º A operadora deverá aplicar soluções adequadas com vistas à garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência visual.
Art. 9º As operadoras terão até o dia 1º de janeiro de 2016 para disponibilizarem ao beneficiário, seja em meio físico ou digital, a Identificação Padrão da Saúde Suplementar de que trata o art. 4º.[4]

[1] O inciso XIV e o §1 º do art. 4º foram incluídos, conforme art. 4º da RN nº 376/2015.
[2] Os incisos XV, XVI, XVII, XVIII e XIX foram incluídos, conforme art. 3º da RN nº 379/2015.
[3] O § único do art. 4º foi transformado em § 2º, conforme art. 6º da RN nº 376/2015.
[4] O *caput* do art. 9º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 376/2015.

Paragrafo único. Esta norma não obriga a substituição dos cartões de plano emitidos em data anterior à vigência desta Resolução, desde que haja disponibilização das informações por outros meios.

Art. 10. As operadoras de planos privados de assistência à saúde terão até o dia 1º de janeiro de 2016 para informar ao beneficiário o número do Cartão Nacional de Saúde por qualquer meio que garanta comprovadamente sua ciência.[1]

Art. 10-A. As informações mínimas acerca dos tipos de contratação, previstas no inciso XIV do art. 4º desta RN, devem ser disponibilizadas ao consumidor também quando da apresentação de proposta de contratação de plano de saúde, por qualquer meio, inclusive pela internet ou pessoal.[2]

Art. 11. O descumprimento pelas operadoras dos prazos estabelecidos nesta Resolução ensejará a aplicação da sanção prevista no art. 74 da RN n.º 124, de 30 de março de 2006.

Art. 12. Esta Resolução Normativa entrará em vigor em 01 de janeiro de 2015.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] O *caput* do art. 10º foi alterado, conforme art. 3º da RN nº 376/2015.

[2] O art. 10-A foi incluído, conforme art. 4º da RN nº 376/2015.

ANEXO I [1]

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.
Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresarias são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.
Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual ou Familiar	**Plano Coletivo por Adesão**	**Plano Coletivo Empresarial**
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual..	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais. indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual
Cobertura Parcial Temporária (CPT) em caso de Doença ou Lesão Preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Cobrança	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
Rescisão pela Operadora	Só pode 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	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.
Reajuste ***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas.	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas.

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;
** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;
*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.

[1] O anexo I foi incluído, conforme art. 5º da RN nº 376 e alterado pelo art. 4º da RN nº 379.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 362, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Altera a Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008, que dispõe, em especial, sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 1º, 3º, incisos XVII e XVIII do art. 4o e inciso II do art. 10 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada no dia 5 de novembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Os §§ 2º e 6º do art. 4º; o inciso II do art. 5º; os §§ 3º e 7º do art. 6º; o inciso II e os §§ 1º e 3º do art. 7º; o § 4º do art. 9º, o caput do art. 14 e o Anexo I da Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008, passam a vigorar com as seguintes redações:[2]

"Art. 4º .....

§ 2º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a partir do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação. (NR)

.....

§ 6º - A operadora deverá recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº. 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN nº. 89, de 15 de fevereiro de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

"Art. 5º .....

II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com os §§ 1º a 6º do art.4º; " (NR)

.....

"Art.6º.....

§3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no artigo 5º e parágrafos, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução. "(NR)

.....

§7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do artigo 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista no §6º do art.4º, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução, em relação à nova solicitação." (NR)

"Art. 7º.....

II - início e o fim do período de aniversário dos contratos a que se refere a autorização; e (NR)

.....

§1º O início e o fim do período tratado no inciso II corresponderá, respectivamente, aos meses de maio e de abril subsequente. (NR)

.....

§3º O início do período de aplicação do reajuste tratado no inciso III será a data do recebimento da solicitação de autorização para reajuste, ressalvada a hipótese do §2º do art. 4º, hipótese em que será considerado o mês de maio subsequente. " (NR)

"Art. 9º .....

§ 4º O início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo imputável exclusivamente à ANS, ficando autorizada a retroatividade do reajuste ao mês do início de aplicação, constante no ofício autorizativo, desde que as eventuais cobranças retroativas se iniciem em

[1] Publicado no DOU em 05/12/2014, seção 1 p. 78.

[2] O art. 1º foi retificado conforme DOU de 22/12/2014 seção 1 p. 33.

até dois meses a contar da autorização e sejam diluídas pelo mesmo número de meses de atraso, limitado ao mês anterior ao próximo aniversário do contrato." (NR)
"Art. 14. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra norma que venha a substituí-la." (NR)
Art. 2º A Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008, passa a vigorar acrescida do § 7º no art. 4º; do § 5º no art. 5º; do inciso III no art. 7º; e do art.16-A, conforme segue:
"Art.4º.....
§ 7º Será disponibilizada no sítio eletrônico da ANS consulta atualizada das autorizações de que trata este artigo por operadora."
"Art.7º.....
III - início da aplicação do reajuste."
"Art.16-A. Todos os valores cobrados devem ser discriminados, inclusive, as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa e juros."
Art. 3º Ficam as operadoras dispensadas de comunicar à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO a ausência de aplicação de reajuste na contraprestação pecuniária de seus planos de saúde individuais e familiares relativamente aos períodos de referência anteriores à presente Resolução Normativa.
Art. 4º Ficam revogados o caput e parágrafos do art. 3º e os parágrafos 1º e 2º do art. 14 da Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008.
Art. 5º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.
Parágrafo único. Excetua-se do disposto no caput o novo art.16-A da RN nº 171, de 2008, criado por esta Resolução, que entrará em vigor 1º de maio de 2015.

MARTA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora-Presidente
Substituta

ANEXO I - Solicitação de Reajuste - RN nº 171/08

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

À ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

A operadora ____(RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA)____, inscrita sob o CNPJ nº_____(CNPJ)____, Registro na ANS nº ___(REGISTRO)__, vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária aos planos individuais e familiares, no máximo no percentual estabelecido pela ANS, conforme previsto na RN nº 171/08, para os contratos com aniversário no período compreendido entre os meses de maio/ __(ANO)___ e abril/ __(ANO)___.

Esta operadora, por meio de seu representante, assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do reajuste em tempo hábil.

(Cidade), (Data)
Assinatura
Nome do Representante da Operadora
(Cargo)" (NR)

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 363, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e os arts. 17-A e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

CAPÍTULO II
DOS CONTRATOS ESCRITOS

Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4° Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;

II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

III - exigir exclusividade na relação contratual;

IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;

[1] Publicado no DOU em 12/12/2014, seção 1 p. 93 e 94.

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;
VI - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;
VII - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e
VIII - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.
Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.
Art. 6º Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.
Art. 7º O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de prestação de serviço do Prestador.

Seção I
Do Objeto, Natureza do Contrato e Descrição dos Serviços Contratados

Art. 8º O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluído o regime de atendimento e os serviços contratados.
Parágrafo único. Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.
Art. 9º Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.
Art. 10. Deve haver previsão expressa que é vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.

Seção II
Da Definição dos Valores dos Serviços Contratados, dos Critérios, da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste e dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados.

Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.
Art. 12. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo.
§ 1º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.
§ 2º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.
§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano;
Art. 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos.
Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:
I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;
II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e
III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.
Parágrafo único. O prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para resposta da operadora.

Seção III
Da Identificação dos Atos, Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de Autorização da Operadora.

Art. 15. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto a:
I - rotina operacional para autorização;
II - responsabilidade das partes na rotina operacional; e
III - prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.

Seção IV
Da Vigência do Contrato e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão.

Art. 16. O prazo de vigência, os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão do contrato devem ser expressos, inclusive quanto à:
I - prazo para notificação de rescisão ou não renovação contratual, bem como de suas eventuais exceções;
II - obrigação de identificação formal pelo Prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional, sem prejuízo do disposto no §2º do art. 17 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998;
III - obrigação de comunicação formal pelo Prestador aos pacientes que se enquadrem no inciso II deste artigo.

Seção V
Das Penalidades pelo não Cumprimento das Obrigações Estabelecidas

Art. 17. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas para ambas as partes devem ser expressas.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 18 Excepcionalmente no primeiro ano de vigência desta Resolução, os contratos com data de aniversário que compreenda os primeiros noventa dias, contados a partir de 1º de janeiro, o valor do reajuste será proporcionalmente estabelecido considerando este período.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. A operadora deve garantir o atendimento dos pacientes identificados na forma do inciso II, do art. 16, em Prestadores que possuam os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência, respeitados os prazos estabelecidos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011.
Art. 20. O disposto nesta Resolução não se aplica a:
I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;
II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;
III - administradoras de benefícios.
Art. 21. As cláusulas de contratos escritos celebrados anteriormente à vigência desta Resolução que estiverem em desacordo com suas disposições devem ser ajustadas em até doze meses, contados do início da vigência desta Resolução.
Art. 22. As operadoras que mantenham contrato não escrito com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis.

Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.
Art. 24. Revogam-se as RN nº 42, 4 de julho de 2003, RN nº 54, 28 de novembro de 2003, RN nº 60, 19 de dezembro de 2003, RN nº 71, 17 de março de 2004, RN nº 79, 31 de agosto de 2004, RN nº 91, 4 de março de 2005, RN nº 108, 9 de agosto de 2005, RN nº 241, 3 de dezembro de 2010, RN nº 286, 10 de fevereiro de 2012, RN nº 346, de 2 de abril de 2014; e a Instrução Normativa - IN nº 49, 17 de maio de 2012.
§1º Os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência desta Resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.
§ 2º As infrações praticadas durante a vigência das normas previstas no caput permanecem sujeitas à aplicação de penalidades.
Art. 25. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 364, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas.
Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:
I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e
II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

CAPÍTULO II
DO ÍNDICE DE REAJUSTE DEFINIDO PELA ANS

Art. 3º O índice de reajuste será definido pela ANS conforme disposto no § 4º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, e será limitado ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.
Art. 4º A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos escritos firmados com seus Prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:
I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e
II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido na Resolução Normativa – RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, art. 12, § 3º.
§ 1º O índice de reajuste definido pela ANS, quando preenchidos os critérios dispostos neste artigo, deve ser aplicado na data de aniversário do contrato escrito.
§ 2º O IPCA a ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 meses anteriores à data do aniversário do contrato escrito, considerando a última competência divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
Art. 5º O índice de reajuste definido pela ANS, nas situações em que couber sua aplicação, incidirá sobre o valor dos serviços contratados, com exceção de órteses, próteses, materiais e medicamentos que sejam faturados separados dos serviços.
Parágrafo único. Para as entidades hospitalares a aplicação do índice será conforme estabelecido no contrato.
Art. 6º Na inexistência de contrato escrito entre as partes, não se aplicará o índice de reajuste definido pela ANS.
Art. 7º Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade a ser descrito através de Instrução Normativa.
§ 1º Para os profissionais de saúde a ANS utilizará na composição do Fator de Qualidade critérios estabelecidos pelos conselhos profissionais correspondentes em parceria com a ANS em grupo a ser constituído para este fim.

[1] Publicado no DOU em 12/12/2014, seção 1 p. 94.

§ 2º Para os demais estabelecimentos de saúde a ANS utilizará na composição do fator de qualidade certificados de Acreditação e de Certificação de serviços estabelecidos no setor de saúde suplementar, em grupo a ser constituído para este fim.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 8º Excepcionalmente, no primeiro ano de vigência desta Resolução, o índice da ANS será aplicável nos casos de contratos escritos sem cláusula de forma de reajuste e nos casos de contratos não escritos, observados os seguintes critérios:
I - existência de relação contratual pelo período mínimo de 12 meses; e
II - aplicação do índice na data de aniversário do contrato, para os contratos escritos, ou na data de aniversário do inicio da prestação de serviço, para os contratos não escritos.
Art. 9º Fica definido o prazo, contado a partir da vigência desta Resolução, de 2 (dois) anos, para os profissionais de saúde, e 1 (um) ano, para os demais estabelecimentos de saúde, para o início da aplicação do Fator de Qualidade.
Parágrafo único. Até a vigência da aplicação do Fator de Qualidade, conforme os prazos estabelecidos no caput, a aplicação do índice definido pela ANS, quando couber, será integral respeitando o disposto no §2º do art. 4º desta Resolução.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. O disposto nesta Resolução não se aplica a:
I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;
II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;
III - administradoras de benefícios.
Art. 11. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.
Art. 12. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.
Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:
I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e
II - Região de Saúde: o espaço geográfico definido na Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e suas alterações, combinada com a Instrução Normativa - IN DIPRO nº 37, de 25 de novembro de 2011.

CAPÍTULO II
DA SUBSTITUIÇÃO DE PRESTADORES NÃO HOSPITALARES

Seção I
Da Substituição

Art. 3º É facultada a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos beneficiários com 30 (trinta) dias de antecedência.
§ 1º A operadora poderá indicar estabelecimento para substituição já pertencente a sua rede de atendimento desde que comprovado, através de aditivo contratual, que houve aumento da capacidade de atendimento correspondente aos serviços que estão sendo excluídos.
§ 2º O disposto no caput se aplica às pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua condição como contratados, referenciados ou credenciados.
§ 3º A substituição deve observar a legislação da saúde suplementar, em especial, no que se refere ao cumprimento dos prazos de atendimento e à garantia das coberturas previstas nos contratos dos beneficiários.
§ 4º A operadora é responsável por toda a rede de prestadores oferecida aos seus beneficiários, independentemente da forma de contratação ser direta ou indireta.
Art. 4º Por ocasião da substituição de prestadores não hospitalares a operadora deverá observar as seguintes orientações:
I - disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir a assistência à saúde e sua continuidade, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, considerando a cobertura assistencial contratada.
II - garantia da qualidade da assistência à saúde, considerando-se os seguintes atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente;
III - utilização de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial; e
IV - direito à informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.

[1] Publicado no DOU em 12/12/2014, seção 1 p. 94 e 95.

Art. 5º A substituição de que trata o artigo 3º não exime a operadora de atender aos demais critérios de manutenção e cadastramento de prestadores de serviços de atenção à saúde na rede assistencial da operadora, conforme disposto na RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e Instruções Normativas específicas da DIPRO.

Seção II
Dos Critérios de Equivalência

Subseção I
Estabelecimentos de Saúde Não Hospitalares

Art. 6º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um estabelecimento não hospitalar, pessoa jurídica, exceto os profissionais previstos no art. 7º, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:
I - Mesmo Tipo de Estabelecimento, conforme registro do prestador no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;
II - Mesmos Serviços Especializados, conforme registro do prestador no CNES;
III - localização no mesmo município:
a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;
b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.
Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados, utilizando como referência a descrição de Tipo de Estabelecimento e de Serviços Especializados adotada pelo CNES para verificação da equivalência dos prestadores.

Subseção II
Profissionais de Saúde que Atuem em Consultório Isolado

Art. 7º A operadora deve observar os seguintes critérios de equivalência quando da substituição de um profissional de saúde que atue em consultório isolado, conforme cadastro no CNES, pessoa física ou jurídica, por outro em sua rede assistencial do plano de saúde:
I - habilitação legal para exercer a mesma profissão;
II - localização no mesmo município:
a) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador no mesmo município poderá ser indicado prestador em município limítrofe a este;
b) em caso de indisponibilidade ou inexistência de prestador nos municípios limítrofes poderá ser indicado prestador na Região de Saúde à qual faz parte o município.
Parágrafo único. No caso de ausência ou incompatibilidade ou desatualização de cadastro no CNES do prestador a ser substituído e/ou do que irá substituir, a operadora deverá considerar os serviços contratados para verificação da equivalência dos prestadores.

Seção III
Das Exceções

Art. 8º É permitida a exclusão de prestador não hospitalar da rede assistencial do plano de saúde sem substituição nas seguintes situações:
I - rescisão de contrato coletivo que ocasione redução de 50% ou mais do total de beneficiários do plano de saúde no município onde o prestador a ser excluído está localizado;
II - ausência de prestação de serviço para o plano de saúde por no mínimo 12 meses consecutivos, desde que não haja suspensão formalizada acordada entre as partes;
III - quando a operadora comprovar que houve qualquer tipo de exigência de prestação pecuniária por parte do prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, respeitados os limites de cobertura e a existência de mecanismos de regulação financeira previstos no contrato do beneficiário.
Art. 9º As exceções previstas no artigo 8º não se aplicam às operadoras que:

I - tenham tido a comercialização de produtos suspensa em área de atuação que inclua o município onde o prestador a ser excluído está localizado, nos últimos dois ciclos de monitoramento da garantia de atendimento; ou
II - estejam em regime especial de direção técnica.

CAPÍTULO III
DA COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS

Art. 10. O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em
Instrução Normativa da DIDES.
§ 1º A informação de que trata o caput deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e deve permanecer acessível por 180 dias.
§ 2º Excepcionalmente, nos casos em que houver suspensão definitiva do atendimento por parte do Prestador, sem cumprimento do prazo para notificação ou não renovação contratual estabelecido entre as partes, ou rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, a Operadora deverá:
I - comunicar aos beneficiários a exclusão do Prestador na data em que tomou conhecimento do fato; e
II - providenciar sua substituição e comunicá-la aos beneficiários no prazo de 60 dias, contados da data em que tomou conhecimento da suspensão do atendimento.
Art. 11. A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio impresso, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone.
§ 1º A comunicação do endereço eletrônico ou telefone específicos do local onde o beneficiário tem acesso às substituições deverá ocorrer por ocasião da assinatura do contrato com contratante do plano, pessoa física ou jurídica, e no mínimo a cada ano, ou
sempre em que houver alteração dos respectivos endereço eletrônico e telefone.
§2º Caso a comunicação se dê por meio da disponibilização de forma individualizada da Identificação Padrão da Saúde Suplementar, somente se por meio físico, conforme disposto na RN 360, de 3 de dezembro de 2014, não se aplica o disposto no parágrafo primeiro deste artigo.
§ 3º Caso ocorra alteração das informações constantes do padrão disposto no §2º deve-se alterar o envio.
Art. 12. A comunicação de que trata esta seção não exime a operadora de atender as demais disposições da RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 13. Fica concedido o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de publicação de desta Resolução, para que as Operadoras promovam as atualizações em seus sistemas de informação necessárias ao adequado cumprimento das regras de comunicação aos beneficiários no Portal Corporativo das Operadoras.
§ 1º A primeira disponibilização das informações sobre substituição de Prestadores no Portal Corporativo, em conformidade com as regras de comunicação previstas na regulamentação, deve conter o histórico das alterações havidas desde a data da publicação desta Resolução.
§ 2º Durante o período de atualização dos sistemas previsto no caput, as Operadoras estão desobrigadas de observar as regras de comunicação das substituições, podendo utilizar qualquer forma de disponibilização dessa informação no Portal Corporativo.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. O disposto nesta Resolução não se aplica a:

I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;
II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;
III - administradoras de benefícios.

Art. 15. A substituição do Prestador não se aplica quando houver suspensão do atendimento em massa para o plano de saúde como método coercitivo.

Art. 16. Nas substituições da rede não hospitalar não incidirá Taxa por Alteração de Produtos - TAP.

Parágrafo único. A operadora permanece obrigada a cumprir a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, relativa à atualização das redes assistenciais das operadoras.

Art. 17. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 18. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 367, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre o Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR.

Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e no inciso VI do art. 4° da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 15 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º valor de ressarcimento ao SUS resulta da multiplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento - IVR, estipulado em 1,5 (um vírgula cinco), pelo valor lançado no documento do SUS de autorização ou de registro do atendimento.

§1º O valor lançado no documento de autorização ou do registro do atendimento é obtido com base nas regras de valoração do SUS e na Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SAI/SIH - SUS.

§2º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.

Art. 2º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 19/12/2014, seção 1 p. 213.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015[1]

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 4º, incisos XXI, XXIV, XXXVII e XLI alínea "a", e no inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e na alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 15 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Paragrafo único. Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Do Direito de Acesso à Informação Das Beneficiárias aos Percentuais de Cirurgias Cesáreas e de Partos Normais

Art. 2º Sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias ou seu representante legal, a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde deverá disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal.

§1º A consolidação das informações a serem prestadas pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde refere-se ao total de cirurgias cesáreas e de partos normais por ela efetuados à rede própria, cooperada, credenciada, referenciada ou por reembolso.

§2º O percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais a ser disponibilizado pela operadora abrangerá os seguintes períodos:

I - quando solicitado após 31 de março do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais relativos ao ano imediatamente anterior à solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação; e

II- quando solicitado entre o período de 01 de janeiro até 31 de março (inclusive) do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais do segundo ano imediatamente anterior ao pedido de solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação.

§3º Caberá à Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, ao disponibilizar a consolidação das informações solicitadas pela beneficiária ou seu representante legal, ressaltar que estas informações referem-se aos dados vinculados apenas aos partos efetuados pela Operadora, e não ao total de partos realizados pelos médicos ou estabelecimentos cooperados, credenciados ou referenciados a mais de uma Operadora.

[1] Publicado no DOU em 07/01/2015, seção 1 p. 38.

Art. 3º A Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde não poderá criar ou divulgar qualquer sistema de ranqueamento dos médicos ou estabelecimentos de saúde com base no percentual de cirurgias cesáreas ou no percentual de partos normais.
Art. 4º A Operadora de Planos Privados de Planos Privados à Saúde deverá fornecer número de protocolo gerado por ocasião da solicitação à beneficiária ou ao seu representante legal, bem como apresentar a resposta em linguagem clara e adequada, por escrito, presencialmente, por correspondência ou por meio eletrônico conforme escolhido pela beneficiária ou seu representante legal.
Art. 5º O não atendimento da solicitação da beneficiária, no prazo fixado nos §§ 1º e 2º, art. 2º desta Resolução, poderá sujeitar a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde à sanção estabelecida nos normativos vigentes.

Seção II
Do Cartão da Gestante, Da Carta de Informação à Gestante e da Utilização do Partograma

Art. 6º O Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.
§ 1º O cartão da gestante deverá conter a Carta de Informação à Gestante e no mínimo os dados constantes do Cartão da Gestante do Ministério da Saúde, conforme o Anexo II, desta RN.
§ 2º A ausência do Cartão da Gestante não é impeditivo para qualquer tipo de atendimento.
Art. 7º O Cartão da Gestante deverá ser disponibilizado pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias que esteja em período gestacional.
Art. 8º O partograma é um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, conforme o Anexo III, desta RN, podendo ser utilizado qualquer modelo de partograma, desde que contenha os dados mínimos indicados pela OMS.
Parágrafo único. Nos casos em que, por imperativo clínico, o partograma não for utilizado, este deverá ser substituído por um relatório médico detalhado.
Art. 9º Considera-se parte integrante do processo para pagamento do procedimento parto, o partograma citado no art. 8º desta Resolução Normativa.
Art. 10 Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
Art. 11 Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 369, DE 23 DE JANEIRO DE 2015[1]

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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos XXIX, XXX e XLI, alínea "f" do art. 4º; e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art.29 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do art.86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 8 de janeiro de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN 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.

Art. 2º O título da Seção III do Capítulo II; o caput e os §§ 1º, 2º e 4º do art. 8º; os arts. 9° e 10, o caput e o § 2º do art. 26; o caput e o § 5º do art. 27; e o § 2º do art. 28; todos da RN nº 48, de 2003, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Seção III

Da Representação Pelo Não Envio ou Pelo Envio Irregular à ANS das Informações ou dos Documentos Obrigatórios" (NR)

Art. 8º Constatada a ocorrência de indícios suficientes de infração às disposições legais ou infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar relativos ao não envio ou ao envio irregular à ANS das informações ou dos documentos obrigatórios, devidos ou solicitados, o órgão técnico competente poderá, conforme seu juízo de conveniência e oportunidade, notificar a operadora para, no prazo de 10 dias, promover o cumprimento útil da obrigação, na forma do art. 11, caput, e §1° desta Resolução, a fim de reconhecida a reparação voluntária e eficaz da conduta, na forma do § 6°, art. 11 desta Resolução.

§1º Na hipótese do órgão técnico competente considerar não haver conveniência e oportunidade para envio da notificação prevista no caput deste artigo, ou, no caso de ter enviado a notificação, não houver o cumprimento útil da obrigação, será lavrada representação, observando-se o disposto no art. 6° desta Resolução, no que couber.

§ 2º A representação poderá reunir mais de um tipo ou modalidade de documento ou de informação obrigatória, e ainda abarcará todos os períodos não informados de determinado ano.

.....

4º Apresentada a defesa ou encerrado o prazo para tanto sem que a operadora a tenha feito, o órgão técnico julgará o processo, decidindo motivadamente pelo arquivamento da representação ou pela confirmação da irregularidade, conforme o caso."(NR)

Art. 9º A reclamação, a solicitação de providências ou petições assemelhadas que por qualquer meio derem entrada na ANS e que contiverem indícios de violação da lei ou de ato infralegal por parte das operadoras, poderão ser caracterizadas como denúncia após avaliação dos órgãos competentes da DIFIS, na forma prevista no Regimento Interno da ANS.

Art. 10 Aceita a denúncia, a abertura e instrução do respectivo processo administrativo será realizada pelos órgãos competentes da DIFIS, na forma prevista no Regimento Interno da ANS, cabendo, para tanto, a requisição de informações às operadoras, ou a deflagração de ação fiscalizatória para apuração dos fatos nela contidos.

"Art. 26. Da decisão proferida em primeira instância caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS como instância administrativa máxima.

.....

[1] Publicado no DOU em 26/01/2015, seção 1 p. 29.

§2º O recurso poderá ser protocolado na sede da ANS ou nos Núcleos da ANS, e deverá ser dirigido ao órgão que proferiu a decisão de primeira instância.
....."(NR)
Art. 27. Recebido o recurso, o órgão que proferiu a decisão de primeira instância se manifestará, preliminarmente, acerca da sua admissibilidade ou não, podendo reconsiderar sua decisão, no prazo de cinco dias, em despacho fundamentado, remetendo, em seguida, o processo à Diretoria Colegiada para conhecimento e posterior arquivamento.
.....
§5º Quando a decisão for mantida ou reconsiderada parcialmente, o órgão que proferiu a decisão de primeira instância encaminhará, no prazo de cinco dias, o processo à Secretaria Geral para posterior julgamento pela Diretoria Colegiada, no prazo máximo de
trinta dias, a contar do recebimento dos autos pelo Órgão Colegiado, podendo ser prorrogado por igual período, mediante justificativa explícita." (NR)
"Art. 28. .....
§ 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 uma única instância administrativa pela autoridade competente.
....."(NR)
Art. 3º O inciso XXI do art. 23; o inciso XVII, do art. 31; o inciso XXVII, do art. 38; o inciso V, do art. 49; o § 5º, do art. 54; e o inciso XXXII, do art. 58; todos da RN nº 197, de 2009, passam a vigorar com as seguintes redações:
"Art. 23. .....
XXI - instaurar e instruir e julgar em primeira instância, por delegação do Diretor de Fiscalização, os processos administrativos de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, que tenham por objeto o não envio ou o envio irregular das informações ou dos documentos obrigatórios relacionados às suas competências;
"Art. 31. .....
XVII - instaurar, instruir e julgar em primeira instância, por delegação do Diretor de Fiscalização, os processos administrativos de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, que tenham por objeto o não envio ou o envio irregular das informações ou dos documentos obrigatórios relacionados às suas competências;"
....." (NR)
"Art. 38. .....
XXVII - instaurar, instruir e julgar em primeira instância, por delegação do Diretor de Fiscalização, os processos administrativos de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, que tenham por objeto o não envio ou o envio irregular das informações ou dos documentos obrigatórios relacionados às suas competências;
....."(NR)
"Art. 49. .....
V - instaurar, instruir e julgar em primeira instância, os processos administrativos de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, excetuados os que tenham por objeto o não envio ou o envio irregular
das informações ou dos documentos obrigatórios, cujo julgamento poderá ser delegado a outros agentes ou órgãos;" (NR)
"Art. 54. .....
§ 5º À Coordenadoria de Processos Sancionadores – COPS cabe auxiliar diretamente a GEFIR no exercício das atribuições previstas nos incisos II, III e IX deste artigo.
....."(NR)
"Art. 58. .....
XXXII - instaurar, instruir e julgar em primeira instância, por delegação do Diretor de Fiscalização, os processos administrativos de apuração de infrações e aplicação de sanções por descumprimento da legislação de saúde suplementar, que tenham por objeto o não envio ou o envio irregular das informações ou dos documentos obrigatórios relacionados às suas competências;"
....."(NR)
Art. 4º Os processos administrativos sancionadores já encaminhados à DIFIS, que tenham sido instaurados anteriormente à publicação da presente RN, e nos quais já constem a defesa da operadora e a lavratura de representação consoante o procedimento anterior à vigência desta RN, seguirão o rito

processual vigente ao tempo do encaminhamento dos autos àquela Diretoria, cabendo o seu julgamento pelo órgão que era competente para tanto.

Art. 5º Ficam revogados os §§ 5º, 6º e 7º do art. 8º da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e o inciso IV do art. 54da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO REIS TAVARES
Diretor-Presidente
Substituto

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 372, DE 30 DE MARÇO DE 2015[1]

Dispõe sobre a celebração do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC previsto no artigo 29 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, em vista do que dispõe o inciso XXXIX do art. 4º e o inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, resolve adotar a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretora-Presidente Substituta, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A ANS poderá, de acordo com seu juízo de conveniência e oportunidade, firmar com as operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho 1998 - Operadoras, Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC, conforme o disposto nos §§ 1º a 9º do art. 29 da Lei nº 9.656, de 1998, com vistas a cessar a prática de atividades ou atos objetos de apuração, corrigindo as irregularidades e indenizando os prejuízos delas decorrentes.

Parágrafo único: Para todos os efeitos desta Resolução, equiparam-se às Operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998 - Operadoras - as Administradoras de Benefício previstas na Resolução Normativa - RN n° 196/2009.

Art. 2º A celebração de TCAC pressupõe a deflagração de ação fiscalizatória para apurar eventuais infrações às normas legais e infra legais do mercado de saúde suplementar, tendo por base o auto de infração, a representação ou denúncia positiva dos fatos irregulares.

§1°. O TCAC poderá ser proposto pelas Operadoras à ANS, ou, de ofício, pela ANS às Operadoras, até o trânsito em julgado da decisão de aplicação de penalidade no processo sancionador correspondente.

§2°. Não será admitido pedido de TCAC sobre condutas que estejam sendo apuradas através do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, até que todas as etapas deste tenham sido concluídas.

Art. 3° A assinatura do TCAC não importa em confissão da operadora quanto à matéria de fato, nem o reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A CELEBRAÇÃO DE TCAC

Seção I
Da avaliação da conveniência e oportunidade

Art. 4° Na avaliação discricionária de conveniência e oportunidade a que se refere o artigo 1° desta Resolução deverá ser verificado se a celebração de TCAC é meio adequado e próprio à realização eficaz e eficiente do interesse público no caso concreto, ponderando-se, entre outros, os seguintes fatores:

I - o tempo decorrido desde a conduta objeto da apuração;

II - a eventual reiteração da infração pela operadora;

III - o alcance do dano e a quantidade das condutas objeto de apuração; e

IV - razoabilidade da proposta em relação à natureza e à gravidade das condutas praticadas.

Seção II
Dos Requisitos Mínimos

Art. 5° São requisitos mínimos para a celebração de TCAC:

I - não ter o compromissário descumprido outro TCAC dentro do prazo de 2 (dois) anos, nos termos do art. 29, §7º, da Lei no 9.656/1998, a contar da data em que se deu o efetivo descumprimento;

[1] Publicado no DOU em 31/03/2015, seção 1 p. 42.

II - não ter sido reconhecida a má-fé do compromissário no cumprimento das obrigações assumidas em TCAC anterior, dentro do prazo de 2 anos, a contar da data em que se deu o efetivo descumprimento;
III - não ter sido reconhecida a má-fé do compromissário na negociação das obrigações do TCAC a ser celebrado, dentro do prazo de 18 meses, a contar da data em que se deu o efetivo descumprimento;
IV - não haver determinação de transferência compulsória da carteira, cancelamento compulsório de registro, processo de liquidação extrajudicial da operadora solicitante ou decretação de portabilidade pela ANS;
§1°. Considera-se prática de má-fé, dentre outras, a prestação de informações inverídicas quanto ao cumprimento de obrigações assumidas no TCAC.
§2°. Se durante o curso do processo de ajuste sobrevierem qualquer das circunstâncias previstas no inciso IV do caput deste artigo, o processo será arquivado.
§3°. Não serão objeto de TCAC os atos objetos de apuração tipificados como negativa de cobertura nos procedimentos de urgência e emergência.
§4°. Considera-se efetivo descumprimento a data do termo final da vigência estabelecida no próprio TCAC.

Seção III
Das Cláusulas Obrigatórias

Art. 6° O TCAC conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas, sem prejuízo de outras, acessórias ou substitutivas, que venham a ser acordadas:
I - as obrigações do compromissário de:
a - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração, no prazo estabelecido; e
b - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes;
II - a relação dos atos objetos de apuração que serão incluídos no TCAC a ser celebrado, cujos prazos prescricionais permanecerão suspensos durante a vigência deste.
III - os critérios de fixação do valor da multa a ser aplicada no caso de descumprimento total ou parcial do TCAC;
IV - a vigência do TCAC;
V - o foro competente para dirimir eventuais litígios entre as partes.

CAPÍTULO II
DO PROCESSO DE AJUSTE

Seção I
Do Requerimento e da Abertura do Processo

Art. 7º O requerimento do TCAC deverá ser apresentado em petição específica, na forma do Anexo I, dirigida ao órgão da DIFIS competente, acompanhado dos documentos que comprovem a regularidade de representação do seu subscritor, como atos constitutivos e/ou procuração.
§1°. O órgão da DIFIS competente para acompanhar o processo de ajuste procederá à análise dos requisitos formais do requerimento apresentado, o qual, se admitido, será peça inaugural do processo de ajuste.
§2º. Será celebrado um TCAC por tipo sancionador, de modo que, além dos requisitos do caput, a petição, devidamente motivada, deverá elencar os atos objeto de apuração com a mesma tipificação sancionadora utilizada no auto de infração, na representação ou na denúncia positiva dos fatos.
§3°. Excepcionalmente, a critério da DIFIS, poderão ser agrupados no mesmo TCAC atos objeto de apuração que se refiram a infrações enquadradas em mais de uma tipificação sancionadora.
§4º. O ato de admissão da petição de requerimento de TCAC e a consequente abertura do processo de ajuste é considerado manifestação expressa da tentativa de solução conciliatória, interrompendo o prazo de prescrição da pretensão punitiva dos processos sancionadores vinculados, nos termos do art. 2°, IV da Lei n° 9.873/99.
§5°. A mera abertura do processo de ajuste não suspende o curso do processo administrativo sancionador a que se refere.
§6°. Em caso de inadmissão do requerimento por não cumprimento dos requisitos formais necessários, o mesmo será devolvido, juntamente com todos os documentos que o instruíram, ao requerente através de ofício, no qual constarão os motivos da inadmissão.

§7°. Na hipótese da ANS sugerir, de ofício, a celebração de TCAC a uma Operadora, a manifestação expressa da tentativa de solução conciliatória se dará com o aceite da Operadora em iniciar as negociações do TCAC.
§8°. Não será admitido pedido de TCAC na vigência de TCAC que já disponha sobre atos objetos de apuração com a mesma tipificação sancionadora.

Seção II
Da Negociação

Art. 8º Aberto o processo, o requerente será comunicado e instado a iniciar as negociações das obrigações do TCAC a ser celebrado, que poderão ocorrer por meio de reuniões presenciais ou por correspondências físicas ou eletrônicas, como e-mail ou fax, ou qualquer outro meio hábil.
§1° No caso das negociações ocorrerem por meio de reuniões presenciais, os participantes deverão, além de observar as regras específicas acerca de reuniões com particulares, elaborar ata a ser assinada por todos os presentes e juntada ao processo de ajuste correspondente.
§2°. Na hipótese das negociações se darem por outros meios, todas as correspondências, físicas ou eletrônicas, deverão ser juntadas ao processo de ajuste correspondente.
§3° Havendo qualquer ponto controvertido sobre a conduta que ensejou a abertura de processo sancionador em face do compromissário, este pode ser requisitado, a qualquer tempo, pelo órgão da DIFIS competente para a negociação.
Art. 9º Concluída a negociação, o órgão competente da DIFIS deverá elaborar minuta do TCAC, que será levada à apreciação do Diretor de Fiscalização.
§1°. Caso o Diretor de Fiscalização aprove as cláusulas da minuta de TCAC apresentada, o documento será remetido ao compromissário, para que manifeste sua concordância, assinando-o, em duas vias, e o devolvendo ao órgão competente da DIFIS, no prazo máximo de 10 (dez) dias.
§2°. A minuta de TCAC mencionada no caput deste artigo, antes de ser remetida ao compromissário, será previamente analisada pela Procuradoria Federal junto à ANS - PROGE.
Art. 10 Ao receber o TCAC devidamente assinado, o órgão competente da DIFIS o remeterá à Diretoria Colegiada da ANS - DICOL para autorização de sua celebração.
§1°. Autorizado pela DICOL, o TCAC será assinado pelo Diretor de Fiscalização, como representante da Diretoria Colegiada da ANS.
§2º. Após assinado o TCAC, o compromissário deverá, no prazo de 10 (dez) dias a contar do recebimento da comunicação de assinatura, apresentar comprovante de pagamento no valor correspondente a 10% (dez por cento) do total das multas aplicadas, ou aplicáveis, conforme o eventual enquadramento da infração efetiva ou eventualmente cometida, apurada nos processos administrativos sancionadores objeto do TCAC celebrado.
§3º. A critério da ANS, desde que devidamente motivado, o pagamento previsto no parágrafo anterior poderá ser reduzido ao percentual de 5% (cinco por cento) ou majorado até o limite de 30% (trinta por cento).
§4°. Caso o comprovante de pagamento mencionado no §2° não seja protocolado na ANS no prazo estabelecido, o respectivo TCAC celebrado será considerado nulo de pleno direito, hipótese em que suas cláusulas não possuirão qualquer efeito, tampouco terá ocorrido a suspensão do curso e da prescrição dos processos administrativos sancionadores nele elencados.
Art. 11 Após cumprido todo o rito disposto no art. 10, especialmente no que se refere ao disposto em seu §2° ou §3°, conforme o caso, o TCAC será remetido para publicação no Diário Oficial da União - DOU, na forma de extrato.
Art. 12 O TCAC entrará em vigor na data na data de sua assinatura, salvo nos casos do §4° ° do art. 10, perdurando até o cumprimento das obrigações previstas ou até o fim de sua vigência.
§1°. Durante o prazo de vigência do TCAC, fica suspensa a prescrição dos processos administrativos sancionadores nele expressamente elencados, na forma do art. 29, §6º da Lei nº 9.656, de 1998.
§2°. O termo final da vigência do TCAC será a data de vencimento da obrigação que contiver maior prazo para cumprimento.

Seção III
Da Fiscalização

Art. 13 Caberá exclusivamente aos compromissários comprovar, nos autos do processo de ajuste respectivo, o cumprimento de cada uma das obrigações assumidas no TCAC, no prazo assinado neste.
§1°. O órgão da DIFIS competente para acompanhar o cumprimento do TCAC analisará os comprovantes de cumprimento juntados aos autos pelos compromissários, consubstanciando-os em uma nota técnica, na qual se manifestará sobre o cumprimento ou o descumprimento das obrigações pactuadas.
§2°. Caso a nota técnica prevista no §1° entenda pelo descumprimento, total ou parcial, das obrigações pactuadas no TCAC, ou conclua que não houve a devida apresentação do comprovante de cumprimento das obrigações no prazo estipulado, o compromissário será notificado para prestar esclarecimentos no prazo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento da notificação.
§3°. Expirado o prazo previsto no §2°, com ou sem a apresentação de resposta pelo compromissário, ou caso os esclarecimentos e documentos apresentados sejam insuficientes para comprovar o cumprimento das obrigações assumidas pelo compromissário, o órgão da DIFIS competente para analisar o TCAC elaborará nota técnica conclusiva sobre o cumprimento ou descumprimento das obrigações pactuadas, a qual, após aprovação pelo Diretor de Fiscalização, será submetida à Diretoria Colegiada.
§4° Sem prejuízo da execução da multa correspondente, o descumprimento, total ou parcial, das obrigações assumidas no TCAC acarretará a revogação imediata da suspensão do curso dos processos administrativos sancionadores que constituíam seu objeto.
§ 5° Caso o compromissário apresente comprovantes suficientes do cumprimento das obrigações assumidas no TCAC, o órgão competente da DIFIS elaborará nota técnica conclusiva, a qual, após aprovada pelo Diretor de Fiscalização, será submetida à Diretoria
Colegiada.
§6°. Considerar-se-á descumprido o TCAC desde a data em que expirou o prazo nele estipulado para cumprimento das obrigações.
§7°. Tendo sido declarado descumprido o TCAC ou tendo sido reconhecida a má-fé do compromissário na negociação para celebração ou no cumprimento do TCAC, este ficará impedido de celebrar novo TCAC, de acordo com os prazos previstos nos incisos do art. 5° desta Resolução.
Art. 14 Após a apreciação da Diretoria Colegiada da ANS, a conclusão do TCAC, seja ela o cumprimento ou o descumprimento da avença, será remetida para publicação no Diário Oficial da União - DOU, na forma de extrato.
Parágrafo único. A multa a ser aplicada no caso de descumprimento total ou parcial do TCAC, prevista no inciso IV do art. 6° será recolhida conforme o que for disposto no TCAC, no prazo de 15 (quinze) dias contados da notificação de declaração de descumprimento.
Art. 15 Cumpridas as obrigações assumidas no TCAC, serão extintos os atos objetos de apuração que estavam nele expressamente elencados.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 16 Será publicada no endereço eletrônico da ANS na Internet, para fins de consulta, a relação dos Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC celebrados.
Art. 17 Os requerimentos de TCAC que estiverem em fase de análise preliminar, bem como os processos de ajuste já instaurados sem que tenham resultado em celebração de TCAC, quando da entrada em vigor desta RN, serão devolvidos aos requerentes, que poderão reapresenta-los à luz das novas diretrizes regulamentares por esta inauguradas, caso persista o interesse no ajustamento de conduta.
Art. 18 Aos requerimentos de TCAC reapresentados, na hipótese do art. 17 acima, em até 120 (cento e vinte) dias contados da entrada em vigor desta RN, não será devido o pagamento correspondente às multas aplicadas, ou aplicáveis, conforme o eventual enquadramento da infração efetiva ou eventualmente cometida, previsto no § 2º ou §3° do art. 10º desta Resolução Normativa, conforme o caso.
Art. 19 Na condução do processo de ajuste disciplinado nesta Resolução Normativa, aplica-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei ° 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 20 Ficam revogadas a Resolução de Diretoria Colegiada n° 57, de 19 de fevereiro de 2001; e a Instrução Normativa n° 10, de 10 de agosto de 2010, da Diretoria de Fiscalização - DIFIS.
Art. 21 O Anexo desta Resolução estará disponível para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.
Art. 22 A presente Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora-Presidente
Substituta

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 382, DE 29 DE JUNHO DE 2015[1]

Altera a Resolução Normativa - RN nº 44, de 24 de julho de 2003, que dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 1º e 3º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 09 de junho de2015, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN altera a RN nº 44, de 24 de julho de 2003, que dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de assistência à saúde.
Art. 2º O art. 2º da RN nº 44, de 24 de julho de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 2º Caso qualquer órgão da ANS receba denúncia ou, por qualquer outro modo, tome ciência da existência de indícios da prática referida no artigo 1º, deve imediatamente remeter cópia de tais documentos e quaisquer outros elementos que comprovem ou auxiliem na comprovação da prática de conduta indevida à respectiva Diretoria Adjunta para análise acerca da pertinência de seu envio à Procuradoria Federal junto à ANS - PROGE, que então a remeterá ao Ministério Público do estado em que se deu o fato relatado."
Art. 3º Fica extinta a Comissão Especial Permanente, prevista no art. 2º, da RN nº 44, de 2003, instituída para fins de recepção, instrução e encaminhamento das denúncias relativas à exigência de caução ou garantia de qualquer natureza, por prestador de serviço credenciado, referenciado, contratado ou cooperado das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
Art. 4º Revogam-se os §§ 1º e 2º do art. 2º e o art. 3º da RN nº 44, de 24 de julho de 2003.
Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor- Presidente

[1] Publicado no DOU em 02/07/2015, seção 1 p. 30.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 384, DE 4 DE SETEMBRO DE 2015[1]

Dispõe sobre oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários - OPRC, estabelecendo requisitos para habilitação e condições especiais para as operadoras com proposta autorizada e altera a Resolução Normativa - RN nº 112, de 28 de setembro de 2005; a RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e a RN nº 316, de 30 de novembro de 2012.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 3º; os incisos XVII, XXIII, XXIV, XXIX, XXX, XXXII, XXXVII e XXXIX do art. 4º e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 29-A; a alínea "a" do inciso IV e o parágrafo único do art. 35 - A, todos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 31 de agosto de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação.

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários - OPRC, estabelecendo requisitos para habilitação e condições especiais para as operadoras com proposta autorizada e altera a Resolução Normativa – RN nº 112, de 28 de setembro de 2005; a RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e a RN nº 316, de 30 de novembro de 2012.

CAPÍTULO II
DA OFERTA PÚBLICA
de referências operacionais e cadastro de beneficiários (OPRC)

Art. 2º Após o prazo estabelecido no art. 10 da RN nº 112, de 28 de setembro de 2011, não sendo promovida a alienação compulsória de carteira, poderá ser realizada oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários de operadora de plano de assistência à saúde em saída ordenada do mercado.

§1º Considera-se operadora em saída ordenada do mercado a operadora de plano de assistência à saúde que tenha o procedimento de encerramento da operação de planos privados de assistência à saúde acompanhado pela ANS.

§2º A proposta para recebimento das referências operacionais e do cadastro de beneficiários poderá ser apresentada à ANS pela operadora de plano de assistência à saúde interessada individualmente ou por operadoras em conjunto.

Art. 3º Não será transferida à operadora com a proposta autorizada qualquer responsabilidade por atos ou obrigações que a vinculem à operadora em saída ordenada do mercado via OPRC, ainda que decorrentes da prestação de serviços a seus beneficiários na operação anterior.

§1º Quando da existência de beneficiários já internados no momento em que se efetue a OPRC, a partir da assinatura de termo de compromisso a operadora com proposta autorizada pela ANS deve dar continuidade à internação, arcando com o ônus a partir desse momento.

§2º Em caso de rede não compatível, a operadora com proposta autorizada pela ANS poderá, se a situação clínica do beneficiário permitir e mediante laudo do médico assistente que autorize, transferi-lo para sua rede de prestadores de serviço.

[1] Publicado no DOU em 08/09/2015, seção 1 p. 42.

Seção I
Dos incentivos à operadora com proposta autorizada

Art. 4º Serão concedidos os seguintes incentivos à operadora cuja proposta seja autorizada pela Diretoria Colegiada via OPRC:
I - recalcular a necessidade de ativos garantidores da Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados (PEONA) da operadora, por meio de metodologia própria, com diferimento da necessidade de lastro e vinculação em 1/36 (um sobre trinta e seis) avos, a contar do término do período de adesão aos contratos da operadora que tiver a proposta autorizada;
II - recalcular a necessidade de Margem de Solvência da operadora e estender seu diferimento em 5 (cinco) anos além do previsto na RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009;
III - para os planos privados de assistência à saúde individuais, possibilidade de ajuste atuarial para os novos produtos registrados para recepcionar as referências operacionais e cadastro de beneficiários via OPRC após 12 (doze) meses do término do período de adesão aos contratos da operadora que tiver a proposta autorizada, uma vez comprovada, por intermédio de relatórios auditados por auditores independentes, sinistralidade superior aos percentuais históricos médios dos últimos 3 (três) anos da operadora com proposta autorizada, conforme regras a serem explicitadas em Instrução Normativa - IN da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e
IV - não aplicação das medidas administrativas previstas no art. 12-A da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, pelo prazo máximo de 2 (dois) períodos de monitoramento, contados a partir do término do período de adesão aos contratos da operadora que tiver a proposta autorizada.
§1º Se o ajuste atuarial revelar necessidade de aumento das contraprestações superior a 20% (vinte por cento), incluído nesse limite o reajuste anual autorizado pela ANS para planos individuais, o percentual excedente deverá ser diferido pelos exercícios subsequentes, de forma que não seja ultrapassado o limite de 20% (vinte por cento) ao ano.
§2º A possibilidade de ajuste atuarial prevista no inciso III deverá constar expressamente nos instrumentos contratuais referentes aos produtos que recepcionarem as referências operacionais e o cadastro de beneficiários via OPRC.

Seção II
Dos requisitos para habilitação de operadoras

Art. 5º A operadora deverá observar os seguintes requisitos de habilitação para apresentar proposta para OPRC:
I - estar em situação regular quanto a regras contábeis e exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado e de contabilização das provisões técnicas e dos ativos garantidores em montante suficiente para lastrear todas as provisões técnicas;
II - estar em situação regular quanto ao envio das seguintes informações periódicas e documentos:
a) demonstrações contábeis e parecer de auditoria independente;
b) Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;
c) dados do Sistema de Informações de Produtos - SIP;
d) dados do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB;
e) dados no padrão de Troca de Informação de Saúde Suplementar - TISS;
f) comunicação de reajuste de planos coletivos pelo aplicativo Reajuste de Planos Coletivos - RPC; e
g) Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, inclusive quanto aos monitoramentos efetivados pela DIPRO.
III - não se encontrar na faixa mais gravosa do programa de acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde de que trata a IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, e suas alterações;
IV - estar em situação regular quanto a processo de concessão de autorização de funcionamento e não se encontrar em regime especial; e
V - não se encontrar em plano de recuperação assistencial nem em procedimentos de adequação econômico-financeira - PAEF, exceto se no PAEF o desenquadramento restante for exclusivamente decorrente de exigência de Margem de Solvência.

Seção III
Da apresentação de propostas

Art. 6º As operadoras interessadas em participar da OPRC deverão, juntamente à proposta, apresentar pedido de registro junto à ANS de novos produtos específicos para recepcionar as referências operacionais e cadastro de beneficiários da operadora em saída ordenada do mercado, dentro de todos os regimes e tipos de contratação, e com cálculo atuarial adequado a tais contratos.
Parágrafo único. Os produtos de planos de saúde individuais registrados de acordo com o caput deverão ser utilizados exclusivamente para a recepção das referências operacionais e do cadastro de beneficiários via OPRC, sendo vedado o ingresso de novos beneficiários nesses produtos, exceto para os agregados.
Art. 7º As operadoras interessadas em apresentar proposta para receber referências operacionais e cadastro de beneficiários via OPRC poderão cindir sua oferta de acordo com os seguintes critérios:
I - quanto à abrangência geográfica: transferência de todos os planos de uma determinada abrangência (Nacional, Estadual, Municipal, Grupo de Estados ou Municípios);
II - quanto aos beneficiários de determinadas localidades:
transferência de todos os beneficiários de determinado(s) plano(s) que residem em certa(s) localidade(s); e
III - quanto ao tipo de assistência prestada: transferência de todos os planos exclusivamente odontológicos ou transferência de todos os planos médico-hospitalares.
Parágrafo único. As propostas contendo particionamento das referências operacionais e cadastro de beneficiários com indícios de discriminação a pessoas físicas ou jurídicas, em razão dos contratos, doenças ou de desequilíbrio econômico-financeiro serão desclassificadas.

Seção IV
Das obrigações da operadora com proposta autorizada

Art. 8º A operadora com proposta autorizada via OPRC deverá:
I - observar o estabelecido no edital lançado pela ANS para oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários no que tange ao prazo de adesão aos contratos da operadora que tiver a proposta autorizada e preço de transição, se houver;
II - observar limite de carência e de cobertura parcial temporária - CPT, nos prazos e termos previstos na legislação, para as coberturas não contempladas anteriormente nos contratos firmados pela operadora em saída ordenada do mercado via OPRC, respeitando, no mais, as carências e CPT já integralmente cumpridas pelos beneficiários e os prazos remanescentes para as carências e CPT em fase de cumprimento;
III - abster-se da cobrança de taxas de adesão ao novo contrato, de pré-mensalidade ou de taxa de administração;
IV - no prazo máximo de 3 (três) meses, iniciar a oferta ao mercado, caso não tenha, de planos privados de assistência à saúde no regime ou tipo de contratação individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão, incluindo os previstos na RN nº 309,
de 24 de outubro de 2012, mantendo a oferta pelo período mínimo de 36 (trinta e seis) meses;
V - divulgar na sua página na internet a integralidade das informações e documentos listados no Anexo I, cumprindo forma e conteúdo especificados, de modo a zelar pela transparência e previsibilidade de seus atos, compromissos, situação de negócio e decisões;
VI - assinar termo de cooperação com a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES visando o aprimoramento da articulação com a rede prestadora, conforme IN da DIDES;
VII - manter os requisitos de habilitação estipulados no art. 5º desta Resolução e demais previsões do edital; e
VIII - abster-se de distribuir lucros ou dividendos pelo período em que optar pela regra de diferimento de lastro e vinculação de PEONA prevista no inciso I do art. 4º desta Resolução, salvo os casos previstos em lei.
Parágrafo único. O descumprimento da proposta e das obrigações implicará na perda dos benefícios previstos no art. 4º desta Resolução, sem prejuízo das previsões do edital e do termo de compromisso.

Seção V
Dos critérios de escolha da proposta pela ANS

Art. 9º As operadoras habilitadas terão suas propostas avaliadas e classificadas pela ANS de acordo com especificações e critérios fixados em edital, considerando-se ainda, como critério de desempate, preferência de autorização para operadora que, nesta ordem:
I - apresentar proposta para a totalidade de referências operacionais e cadastro de beneficiários objeto do edital de OPRC;
II - for constituída sob mesma modalidade, conforme definição do inciso II e § 2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, da operadora em saída ordenada do mercado via OPRC;
III - estiver em situação regular quanto a regras contábeis e exigência de Margem de Solvência.

CAPÍTULO III
DO RITO PROCESSUAL

Art. 10. A OPRC será realizada por indicação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE ou da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO, que encaminhará a minuta do edital de convocação elaborada pela DIPRO à deliberação pela Diretoria Colegiada da ANS que aprovará a medida e os termos finais do edital de convocação a ser publicado no Diário Oficial da União - DOU.
Art. 11. O processamento da OPRC caberá à DIPRO e à DIOPE, que, respeitadas as suas atribuições regimentais e áreas de atribuições, deverão promover:
I - análise dos dados cadastrais dos beneficiários e suas referências operacionais disponíveis na ANS;
II - disponibilização de dados para análise e registro de novos produtos para a recepção de referências operacionais e cadastro de beneficiários via OPRC;
III - análise das propostas assistenciais e valores das contraprestações pecuniárias encaminhadas pelas operadoras interessadas, em resposta ao edital de convocação; e
IV - análise econômico-financeira das operadoras proponentes.
Parágrafo único. Após a análise destes dados e informações serão emitidas notas técnicas da DIPRO e da DIOPE.
Art. 12. À Diretoria Colegiada da ANS caberá, findas as medidas mencionadas nos arts. 10 e 11 desta Resolução, buscando observar o prazo previsto no §5º do art. 24 da Lei n.º 9.656, de 1998, o exame das notas técnicas, decidindo e autorizando a melhor proposta.
§1° Ao autorizar uma proposta, caberá à Diretoria Colegiada aprovar a forma e o texto de termo de responsabilidade, observando os itens presentes no edital de convocação e do comunicado da autorização da proposta, dispondo ainda sobre:
I - a necessidade de termo de compromisso, a ser firmado com a operadora com a proposta autorizada, para implementação de ajustes operacionais e/ou medidas adicionais que contribuam para atendimento aos termos do edital de convocação, manutenção dos requisitos de habilitação e cumprimento de demais obrigações;
II - a publicação do comunicado e, havendo, do extrato do termo de compromisso.
§2° O comunicado da autorização da proposta poderá ser publicado simultaneamente à Resolução Operacional - RO que decretar, se for o caso, a liquidação extrajudicial na operadora que não atendeu à determinação de alienação da carteira.
Art. 13. À DIPRO caberá o acompanhamento, juntamente com a DIOPE, observadas suas atribuições regimentais, do cumprimento das cláusulas pactuadas nos termos de responsabilidade e de compromisso.
Parágrafo único. À DIDES caberá o acompanhamento do termo de cooperação, devendo periodicamente enviar à DIPRO o resultado de sua análise, informando se houve ou não cumprimento do termo de cooperação, para o adequado acompanhamento do cumprimento do termo de compromisso com a ANS.

CAPÍTULO IV
das disposições finais e transitórias

Art 14. O art. 1º e §4º do art. 10, ambos da RN nº 112, de 2005, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a alienação da carteira de beneficiários das operadoras de planos de assistência à saúde, assim definidas no inciso II do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no art. 2º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001." (NR)

"Art. 10. .....

§4º Não cumprido o prazo previamente estabelecido será realizada oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários da operadora de planos de assistência à saúde, nos termos da RN nº 384, de 4 de setembro de 2015." (NR)

Art. 15. Ficam revogadas as disposições do Capítulo IV da RN nº 112, de 2005.

Art. 16. O art. 3º da RN nº 186, de 2009, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

"Art. 3º .....

§5º Quando da adesão do beneficiário em novo contrato com uma operadora com proposta autorizada via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá ser observado o prazo da alínea "b" do inciso II deste artigo para exercício de portabilidades posteriores." (NR)

Art. 17. A RN nº 316, de 2012, passa a vigorar acrescida do art. 19-A, conforme a seguinte redação:

"Art. 19-A. Promovida a alienação compulsória da carteira de beneficiários ou autorizada proposta em oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários, a ANS poderá fixar o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para que a operadora apresente os documentos a que se refere o art. 26 da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, desde que com o objetivo de manter atividade econômica relacionada à saúde, exceto operação de planos privados de assistência à saúde.

§1°A ANS poderá, caso entenda necessário, solicitar a comprovação dos fatos objeto das declarações a que se refere o art. 26 da RN nº 85, de 2004, e eventuais documentos reputados relevantes.

§ 2º Expirado o prazo do caput sem manifestação da operadora ou apresentação da totalidade dos documentos exigidos, a ANS poderá decretar sua liquidação extrajudicial."

Art. 18. A contar da data em que a Diretoria Colegiada da ANS decretar a alienação compulsória de carteira de operadora de plano de assistência à saúde, à Diretoria de Fiscalização - DIFIS será facultado agrupar as demandas instauradas para apurar infrações aos dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar.

Parágrafo único. O agrupamento a que se refere o caput pode se dar por tipo infrativo, por tema, por natureza, área geográfica, ou qualquer outro critério definido pela DIFIS.

Art. 19. A contar da data em que a Diretoria Colegiada da ANS autorizar uma proposta de -recepção das referências operacionais e de cadastro de beneficiários, à DIFIS será facultado agrupar as demandas instauradas para apurar infrações aos dispositivos legais ou infra legais disciplinadores do mercado de saúde suplementar da operadora de planos privados de assistência à saúde com proposta autorizada, perdurando até o encerramento do prazo previsto no inciso IV do art. 4° desta Resolução, compreendendo apenas a massa de beneficiários que tenha sido objeto da proposta autorizada pela Diretoria Colegiada da ANS.

Parágrafo único. O agrupamento a que se refere o caput pode se dar por tipo infrativo, por tema, por natureza, área geográfica, ou qualquer outro critério definido pela DIFIS.

Art. 20. Os Anexos desta Resolução estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na internet - www. ans. gov. br.

Art. 21. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Colegiada.

Art. 22. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor- Presidente

Súmula Normativa

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA Nº 1, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2001[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o *caput* do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e com as competências definidas na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nos termos do art. 51, inciso I, alínea "c" da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 30, de 19 de julho de 2000, aprova por maioria e adota a presente Súmula, de caráter vinculativo, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

"Inteligência do art. 25 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 - A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por força do princípio da especialidade, é órgão regulador responsável pela atividade de fiscalização do setor privado de assistência à saúde, com a corolária competência punitiva nas hipóteses de descumprimento de todo e qualquer contrato, independente da data de sua celebração."

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 21/02/2001, seção 1, p. 40.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA Nº 1, DE 6 DE MARÇO DE 2002[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o *caput* do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e com as competências definidas na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nos termos do art. 60, inciso III, da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002;

Considerando o disposto no §4º do art. 45 e no art. 62 da Lei n º 8.906, de 1994, e no art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

"As Caixas de Assistência dos Advogados, pessoas jurídicas de direito privado, quando operarem planos privados de assistência à saúde, devem se submeter à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998".

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 06/03/2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA Nº 2, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como nos termos do artigo 60, inciso III, do Regimento Interno aprovado pela Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002,

Considerando o disposto na Resolução CONSU nº 2, de 3 de novembro de 1998, que estabelece os conceitos a serem adotados na aplicação da regra contida no art. 11 da Lei nº 9656, de 1998;

Considerando que as disposições daquela Resolução limitam a exclusão de cobertura de doenças e lesões preexistentes, durante o prazo de Cobertura Parcial Temporária, a eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS, e leitos de alta tecnologia; e

Considerando, ainda, que o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, através da Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, classificou as unidades de tratamento intensivo,

Resolve adotar o seguinte entendimento:

1. A aplicação do conceito de LEITO DE ALTA TECNOLOGIA, para fins do disposto na Resolução CONSU nº 2, de 3 de novembro de 1998, fica vinculada à internação em qualquer dos tipos de unidade de tratamento intensivo definidos na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 16/12/2002, seção 1.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA Nº 3, DE 21 DE SETEMBRO DE 2001[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o *caput* do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e com as competências definidas na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nos termos do art. 51, inciso I, alínea "c" da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 30, de 19 de julho de 2000;

Considerando o disposto no art 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, que prevê o encaminhamento à ANS dos contratos com cláusulas de aumento por faixa etária ainda não aprovadas, no caso de consumidores com sessenta anos de idade ou mais;

Considerando que nos contratos anteriores à lei, por total ausência de regras para sua formalização, tem sido constatada uma grande diversidade tanto com relação à forma dos instrumentos contratuais quanto às etapas de celebração, alteração e atualização desses contratos;

Considerando, ainda, que em virtude das constantes alterações de conjuntura econômica nas últimas duas décadas, o país atravessou períodos de instabilidade em que foram adotados mecanismos de atualização monetária mensal de preços, exigindo a adoção de instrumentos contratuais referenciados a tabelas de preços por faixa etária externas ou sob forma de anexo, o que chegou a constituir uma praxe nos mais diversos tipos de contratos de prestação continuada de serviços,

Considerando, também, o Parecer PROGE nº 119/2000 em que a Procuradoria da ANS entende não haver restrição legal à adoção, na formalização de contratos, de indexação externa ou vinculação a tabelas de vendas externas ao contrato para fins de autorização de aplicação de variação de valor da contraprestação pecuniária,

Considerando, por fim, os Pareceres PROGE Nºs 144/2000, 154 e 200 de 2001, a respeito da validade das autorizações de reajuste técnico por mudança de faixa etária proferidas pela SUSEP, antes da vigência da Medida Provisória nº 1.908-18, de 27 de setembro de 1999;

RESOLVE adotar, por interpretação unânime da Diretoria Colegiada, o seguinte entendimento, registrando-se que a análise prévia pela ANS restringe-se à validade formal da cláusula e não quanto ao percentual de reajuste do contrato:

1. Desde que esteja prevista a futura variação de preço por faixa etária nos instrumentos contratuais, serão consideradas pela ANS as tabelas de venda e tabelas de preço anexas ou referidas nos textos contratuais informadas pelas operadoras, para fins verificação da previsão de variação por faixa etária prevista no inciso IV do §1º do art 35-E, da Lei nº 9.656, de 1998;
2. A manifestação da ANS em resposta à operadora fará referência às tabelas apresentadas, e a aplicação da repactuação deverá se limitar aos contratos vinculados aos planos que as adotaram;
3. Uma vez analisado o contrato, a ANS divulgará o resultado e os percentuais a serem aplicados;
4. Considerando a legislação específica para as sociedades seguradoras, nos casos em que as cláusulas de variação de faixa etária dos contratos já tenham sido submetidas à SUSEP antes da edição da Medida Provisória nº 1908-18, de 1999, a ANS dispensará o seguinte tratamento:
a. Seguradoras: Serão consideradas previamente aprovadas desde que não tenha havido restrição da SUSEP quanto às condições contratuais e Notas Técnicas;
b. Operadoras: Serão consideradas previamente aprovadas desde que tenha havido aprovação expressa pela SUSEP.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] A Súmula foi republicada por incorreção de data, no dia 29/10/2001, seção 1, p. 123. Originalmente publicada no DOU de 25/09/2001, seção 1.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA Nº 3, DE 16 DE MAIO DE 2003[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei n.º 9.961,de 28 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como nos termos do artigo 60, inciso III, do Regimento Interno aprovado pela Resolução - RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto na Resolução n.º 67 de 8 de maio de 2001, que atualiza o rol de procedimentos médicos, instituído pela Resolução CONSU n.º 10, de 3 de novembro de 19?98, que define a cobertura mínima obrigatória para os contratos de planos privados de assistência à Saúde, e ainda que a "cirurgia refrativa para grau igual ou maior que a sete uni ou bilateral", prevista no rol de procedimentos tem gerado dúvidas por parte dos usuários, operadoras e prestadores de serviço a respeito da conduta cirúrgica obrigatória no caso de unilateralidade, em reunião de Diretoria Colegiada realizada aos 16 de abril de 2003, resolve adotar o seguinte entendimento:

A cobertura de cirurgia refrativa é obrigatória na presença unilateral de grau igual ou superior a sete[2], mesmo com grau inferior no olho contralateral, devendo ser autorizada a correção simultânea se esta for a indicação do médico assistente.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU de 04/06/2003.

[2] Esta súmula ainda está vigente, devendo ser adaptado o entendimento quanto ao grau estabelecido em diretriz do rol vigente.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SUMULA NORMATIVA Nº 4, DE 16 DE JULHO DE 2003 [1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como nos termos do artigo 60, inciso III, do Regimento Interno aprovado pela Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002;

Considerando a necessidade de se fazer valer a autoridade das decisões deste Colegiado na condição de instância hierárquica superior e de órgão deliberativo máximo;

Considerando, outrossim, que este Colegiado é soberano ao fazer juízo de valor acerca de matéria sujeita à sua apreciação e ao exercer o poder de autotutela dos atos da ANS, aferindo sua legalidade e legitimidade;

RESOLVE adotar o seguinte entendimento:

1. A qualquer tempo, em sede recursal ou não, independentemente da intempestividade de eventual recurso interposto, poderá a Diretoria Colegiada proceder à revisão de ofício de decisões proferidas nos autos de processos administrativos sancionatórios, uma vez que reste devidamente comprovada a inadequação da penalidade imposta, por si própria ou por sua graduação, segundo juízo de proporcionalidade e conforme dispõe o art. 65 e parágrafo único da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 17/07/2003, seção 1, p. 24.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SUMULA NORMATIVA Nº 5, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2003[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe é conferida pelos incisos XVII e XXI do art. 4º, combinado com o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com o inciso III do art. 60 do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002:

Considerando a decisão, em sede cautelar, proferida pelo Supremo Tribunal Federal, em 21 de agosto de 2003, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931-8;

Considerando a omissão nos contratos de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, de cláusulas prevendo reajuste por variação de custos mediante a especificação de índice, da forma de apuração ou de validação dos percentuais adotados; e

Considerando as diretrizes do Sistema Monetário Nacional definidas na Lei nº 9.069, de 29 de junho de 1995, e Lei nº 10.192 de 14 de fevereiro de 2001, as quais estabelecem que o reajuste anual tem por finalidade a correção da expressão monetária da obrigação pecuniária em função da variação ponderada do custo dos insumos utilizados nos serviços;

RESOLVE adotar o seguinte entendimento vinculativo:

Os contratos individuais de planos privados de assistência à saúde celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, cujas cláusulas não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e sejam omissos quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverão adotar o percentual de variação divulgado pela ANS e apurado de acordo com a metodologia e as diretrizes submetidas ao Ministério da Fazenda.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 05/12/2003, seção 1, p. 62.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 6, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2004[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como nos termos do art. 60, inciso III, do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada nº 95, de 30 de janeiro de 2000:

Considerando a decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), liminarmente, em 21 de agosto de 2003, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1931-8/DF proposta pela Confederação Nacional de Saúde, que suspendeu a eficácia do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em razão da alegada violação legal ao ato jurídico perfeito;

Considerando que a competência da ANS para autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde e para monitorar a evolução dos preços dos insumos de planos de assistência à saúde, encontra-se expressa nos incisos XVII e XXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000 e que tais normas têm aplicação imediata;

Considerando que o art. 35-G da Lei 9.656, de 1998, determina a aplicação subsidiária da Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, aos contratos de planos privados de assistência à saúde;

Considerando o que dispõem as Resoluções de Diretoria Colegiada nº 29, de 26 de junho de 2000, e nº 66, de 3 de maio de 2001, e as Resoluções Normativas nº 8, de 24 de maio de 2002, e nº 36, de 17 de abril de 2003;

Considerando que nos termos do art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998, as ofensas aos regulamentos da ANS estão sujeitas à aplicação das penalidades previstas na Resolução de Diretoria Colegiada nº 24, de 16 de junho de 2000;

Considerando que a menção à Lei nº 9.656, de 1998, no inciso II do art. 6º da RDC nº 24, de 2000, é meramente referencial e explicativa, uma vez que a necessidade de prévia aprovação da ANS para a aplicação do reajuste não constitui matéria disciplinada exclusivamente por aquela Lei;

RESOLVE adotar o seguinte entendimento:

1. A aplicação, sem a autorização da ANS, na forma da regulamentação em vigor, de reajustes e revisões por variação de custos das contraprestações pecuniárias dos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados sob a égide da Lei nº 9.656, de 1998, sujeitará a operadora à pena do art. 6º, inciso II, da Resolução de Diretoria Colegiada nº 24, de 16 de junho de 2000.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 01/03/2004, seção 1, p. 26.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 7, DE 27 DE JUNHO DE 2005[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe confere os arts. 3º e 4º, incisos VII e XXXVII, combinado com o art. 10, inciso II, da Lei 9.661, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso III do art. 64 do Regimento Interno aprovado pela Resolução Normativa – RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004:

Considerando que o inciso VII do art. 2º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, proíbe as operadoras de planos privados de assistência à saúde estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritivo severo ao acesso aos serviços;

Considerando, que operadoras fizeram consultas sobre a possibilidade de implementar plano privado de assistência à saúde que garantiria aos seus beneficiários a devolução de um percentual do valor pago a título de mensalidade, ou descontos nas mesmas, ou ainda pontuação na proporção da utilização do plano em relação à mensalidade paga, sendo que esses pontos poderiam ser utilizados na compra de produtos de perfumaria, medicamentos não tarjados e/ou conveniências nas redes de farmácias da operadora;

Considerando, que os usuários do plano só fariam jus a esses benefícios desde que as coberturas do plano não fossem utilizadas, o que caracteriza uma modalidade de mecanismo de regulação vedado pelo inciso VII do art. 2º da Resolução CONSU nº 8/98.

RESOLVE adotar o seguinte entendimento vinculativo:

A proposta de implementação pelas operadoras de mecanismos que estimulem o não uso, pelos beneficiários, das coberturas do plano de assistência à saúde contratado, por meio de desconto, concessão de pontuação para troca por produtos, ou outra prática análoga, é vedada pelo inciso VII do art. 2º da Resolução CONSU nº 8/98, por constituir-se fator restritivo severo ao acesso dos beneficiários aos procedimentos disponibilizados.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 28/06/2005, seção 1, p. 36.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 8, DE 27 DE JUNHO DE 2005[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso da competência que lhe é conferida pelos incisos XVII e XXI, do art. 4º, combinados com o inciso II, do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com o inciso III, do art. 64 do Regimento Interno aprovado pela Resolução Normativa – RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004:

Considerando que a Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, em seus arts. 30 e 31 e as Resoluções CONSU nºs 20 e 21, ambas de 23 de março de 1999, garantem ao consumidor, que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o §1º, do art. 1º, da mencionada Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, 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;

Considerando, ainda, que o §6º, do art. 30, da referida Lei, determina que nos planos coletivos integralmente custeados pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar;

Por fim, considerando, que o consumidor configura-se contributário de outro plano, quando adicionalmente ao plano originalmente disponibilizado, em decorrência de vínculo empregatício, sem qualquer participação do mesmo, contribuir individualmente com mensalidade previamente fixada, inclusive com desconto na folha de pagamento, com a finalidade de acessar, por exemplo, rede assistencial diferenciada, atendimento hospitalar em acomodação individual ou livre escolha de prestadores, tendo em vista que resulta na modificação das características do plano.

RESOLVE adotar o seguinte entendimento vinculativo:

Não se caracteriza como fator de moderação, previsto no §6º, do art. 30, da Lei 9.656, de 1998, o pagamento fixo mensal realizado pelo consumidor, adicionalmente ao plano disponibilizado decorrente de vínculo empregatício e sem a sua participação, com a finalidade de acessar rede assistencial diferenciada, atendimento hospitalar em acomodação individual ou livre escolha de prestadores, entre outros.
Nessas hipóteses, serão assegurados ao consumidor, para o plano ao qual estava vinculado, os direitos previstos nos arts. 30 e 31, da Lei nº 9.656, de 1998 e nas Resoluções CONSU nºs 20 e 21, ambas de 23 de março de 1999.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 28/06/2005, seção 1, p. 36.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SUMULA NORMATIVA Nº 9, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2005[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como nos termos do art. 64, inciso III, do Regimento Interno aprovado pela Resolução Normativa - RN Nº 81, de 02 de setembro de 2004:

Considerando que a finalidade da ANS é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, estabelecendo normas para registro dos produtos previstos no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, assim como promover o Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando que a Resolução Normativa - RN Nº 40, de 06 de junho de 2003, em seu art. 1º, veda às operadoras de planos privados de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando que a Resolução CONSU nº 8, de 03 de novembro de 1998, em seu art. 2º, inciso VII, veda estabelecimento de co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritivo severo ao acesso aos serviços;

Considerando que a Resolução Normativa - RN Nº 85, de 07 de dezembro de 2004, Anexo II, item 11, nº 2, alterada pela Resolução Normativa - RN Nº 100, de 03 de junho de 2005, define que registro de produto com característica de preço pós-estabelecido deve ser limitado à contratação coletiva em plano médico-hospitalar, e que deve ser observada a impossibilidade de repasse integral e individualizado dos custos dos serviços prestados aos beneficiários, quando houver a participação dos mesmos;

Considerando que as operações que oferecem acesso a serviços de saúde com preço pós-estabelecido em regime individual/familiar, ou em regime coletivo com opção de custo operacional sem a participação financeira da pessoa jurídica contratante, não configuram planos privados de assistência à saúde, por apresentarem evidências de repasse integral e individualizado do custo dessa assistência aos seus beneficiários, ao contrário do disposto no inciso I e §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, que é a retenção do risco financeiro pela operadora ou pessoa jurídica contratante, dependendo se o preço é pré ou pós-estabelecido;

Considerando que de acordo com o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, serão ressarcidos pelas operadoras que gerenciam quaisquer modalidades de planos privados de saúde, mesmo na hipótese de preço pós-estabelecido, todos os serviços de atendimento previstos nos respectivos contratos, que tenham sido prestados aos beneficiários e seus dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde;

Considerando, ainda, que o Parecer nº 388/2005/PROGE/GECOS, de 11 de março de 2005, suporta que compete ao órgão técnico analisar a presença dos requisitos para caracterização de plano de saúde, podendo desta forma vedar que uma operadora de planos privados de assistência à saúde exerça atividade que esteja em desacordo com o §1º e inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

RESOLVE adotar o seguinte entendimento:

1 - É devido o Ressarcimento ao SUS em todas as operações caracterizadas como de plano privado de assistência à saúde, mesmo naquelas em que a formação do preço é pós-estabelecida e seu pagamento é suportado pela pessoa jurídica contratante ou pelos beneficiários a ela vinculada, em sistema de rateio.

[1] Publicada no DOU em 11/11/2005 seção 1, p. 99.

2 - Deve ser acolhida a impugnação e/ou recurso ao Aviso de Beneficiário Identificado que evidencie operação com preço pós-estabelecido avençada com o contratante no regime individual/familiar ou coletivo, em que haja o repasse integral e individualizado do custo ao beneficiário, por não configurar plano privado de assistência à saúde.

3 - As operações indicadas no item anterior não poderão ser praticadas, devendo ser cessadas pelas operadoras de planos de saúde, por conflitarem com o art. 1º da Resolução Normativa - RN Nº 40, de 06 de junho de 2003.

4 - Nos casos de planos privados de assistência à saúde de contratação coletiva, só é permitido o repasse de custo aos seus beneficiários a título de fator moderador ou rateio.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 10, DE 30 DE OUTUBRO DE 2006[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe é conferida pelos incisos XVII e XXI, do art. 4º, combinados com o inciso II, do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com o inciso III, do art. 64 do Regimento Interno aprovado pela Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004:

Considerando que a Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, em seu artigo 35-F, determina que a assistência prestada pelas operadoras de planos de assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da referida Lei e do contrato firmado entre as partes;

Considerando que o artigo 35-C da mesma Lei determina que é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional;

Considerando que, em seu artigo 10, a referida Lei garante a cobertura a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as segmentações e as exigências mínimas estabelecidas no artigo 12 da mesma Lei, sendo admitidas apenas as seguintes exclusões: tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais; 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; tratamentos ilícitos ou antiéticos, definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos decorrentes de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

Considerando que a CID, em sua versão atual (CID-10) inclui, em seu Capítulo XX (Causas externas de morbidade e mortalidade), os itens Y40 a Y84: complicações de assistência médica e cirúrgica;

Por fim, considerando o Parecer da Procuradoria da ANS nº 479/2006/PROGE/GECOS, de 23 de maio de 2006, que trata da cobertura às complicações de eventos que constituem exceções à cobertura obrigatória, o qual estabelece que "se advierem complicações como conseqüência dessas exceções, dependentes ou não do evento inicial não coberto, na iminência de risco de vida ou não, emergenciais ou não, como também, ciente ou não a operadora da realização de tais procedimentos sob a responsabilidade do paciente, ocorrido o infortúnio passa a ser de inteira responsabilidade da operadora a cobertura da complicação dos procedimentos não cobertos ou das exceções, desde que essas complicações tenham cobertura legal ou contratual obrigatórias."

RESOLVE adotar o seguinte entendimento:

1 - Em caso de complicação relacionada a procedimento não coberto, deve-se considerar que as complicações constituem novo evento, independente do evento inicial.
2 - Caso haja risco iminente de vida, deve ser considerado o princípio do direito de preservação da vida, órgão ou função, evocado no artigo 1º da Resolução CONSU nº 13, respeitada a segmentação contratada e suas decorrências.
3 - Ainda que não haja iminência de risco de vida, deve-se considerar que complicações de procedimentos médicos e cirúrgicos, incluindo aqueles com fins estéticos, estão codificadas na CID-10 nos itens Y40 a Y84 e, como tal, é obrigatória a cobertura dos procedimentos necessários ao tratamento destas complicações previstos no Rol de Procedimentos da ANS para as respectivas segmentações.

[1] Publicada no DOU em 31/10/2006, seção 1, p. 306.

4 - Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados como tratamento de complicações, mas como parte integrante do procedimento inicial, não existindo nestes casos um novo evento, com código específico na CID-10. Desta forma, estes procedimentos não se enquadram nas situações acima descritas, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 11, DE 20 DE AGOSTO DE 2007[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II do art. 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como nos termos do inciso III do art. 64, do Regimento Interno aprovado pela Resolução Normativa – RN Nº 81, de 02 de setembro de 2004, considerando as disposições contidas no art. 4º, incisos III, VII, XXIII, XXIV, XXVIII, XXIX e XLI, alíneas *a* e *g* da Lei nº 9.961, de 2000 e nos arts. 12, incisos I e II; e 35-G da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e,

Considerando que a finalidade da ANS é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde;

Considerando a necessidade de fixar entendimento devido a questionamentos e demandas, provenientes dos diversos atores do setor (operadoras, prestadores e beneficiários), motivados pela negativa de cobertura aos exames laboratoriais/complementares e internações hospitalares requisitadas por cirurgiões-dentistas;

Considerando a necessidade de regular, junto às operadoras de planos privados de assistência à saúde, a solicitação de internações e exames complementares nas situações clínicas e cirúrgicas de interesse comum à Medicina e à Odontologia;

Considerando que os exames laboratoriais/complementares têm a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional de saúde no planejamento das ações necessárias ao tratamento, sendo de uso comum às categorias profissionais habilitadas para solicitá-los, cuja habilitação é de competência legal dos conselhos profissionais;

Considerando que de acordo com o disposto no artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Odontologia - CFO nº 29 de 2002, alterada pela Resolução CFO nº 43 de 2003, a solicitação de exames complementares por parte do Cirurgião-Dentista não pode sofrer nenhuma objeção por parte das operadoras de planos de saúde;

Considerando que de acordo com a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 397 de 2002, que estabelece a Classificação Brasileira de Ocupações, compete ao Cirurgião-Dentista solicitar exames complementares, entre eles: radiografias, ressonância magnética, solicitação de risco cirúrgico e exames de laboratório em geral;

Considerando que de acordo com o disposto na Declaração Conjunta CFM/CFO de 03 de março de 1999, a cirurgia Buco-Maxilo-Facial é uma especialidade odontológica reconhecida pelos Conselhos Federais de Medicina e de Odontologia, que declararam existir áreas de interesse comum entre as duas atividades profissionais;

Considerando que de acordo com o disposto na Resolução CFM nº 1536 de 1998, as relações do médico com os demais profissionais em exercício na área de saúde devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e independência profissional de cada um, buscando sempre o interesse e o bem estar do paciente;

Considerando que de acordo com o inciso I do artigo 5º da Resolução CONSU nº 10 de 1998, no Plano Hospitalar é obrigatória a cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar;

[1] Publicada no DOU em 21/08/2007, seção 1, p. 34.

Considerando que de acordo com o parágrafo único do artigo 7º da Resolução CONSU nº 10 de 1998, os procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, estão cobertos nos planos hospitalares e referência;

Considerando que de acordo com o disposto no inciso I do artigo 2º da Resolução CONSU nº 8 de 1998, para a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, está vedada qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou de Odontologia;

Considerando que de acordo com o disposto no inciso VI do artigo 2º da Resolução CONSU nº 8, de 1998, para a adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, está vedado negar autorização para realização de procedimento, exclusivamente, em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada ou referenciada da operadora;

Considerando que a Resolução Normativa – RN Nº 82, de 29 de setembro de 2004, estabelece o Rol de Procedimentos como a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos de saúde comercializados a partir de 02/01/1999, inclui os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento de todas as doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças – CID – da Organização Mundial de Saúde;

RESOLVE adotar o seguinte entendimento:

1 - A solicitação dos exames laboratoriais/complementares previstos no art. 12, inciso I, alínea *b*, da Lei nº 9.656, de 1998, e dos procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares, de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, dispostos no art. 12, inciso II, da mesma lei, e no art. 7º, parágrafo único da Resolução CONSU nº 10, de 1998, devem ser cobertos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, mesmo quando promovidos pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelos respectivos conselhos de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica;
2 - A solicitação das internações hospitalares e dos exames laboratoriais/complementares, requisitados pelo cirurgião-dentista, devidamente registrado nos respectivos conselhos de classe, devem ser cobertos pelas operadoras, sendo vedado negar autorização para realização de procedimento, exclusivamente, em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada ou referenciada da operadora;
3 - A solicitação de internação, com base no art. 12, inciso II da Lei nº 9.656, de 1998, decorrente de situações clínicas e cirúrgicas de interesse comum à medicina e à odontologia deve ser autorizada mesmo quando solicitada pelo cirurgião-dentista, desde que a equipe cirúrgica seja chefiada por médico.
4 - A cobertura dos procedimentos de natureza odontológica se dará respeitando o rol de procedimentos da ANS, contemplando todas as doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças - CID - da Organização Mundial de Saúde e, também, a segmentação contratada entre as partes.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 12, DE 4 DE MAIO DE 2010[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das competências que lhe conferem os artigos 3º e 4º, incisos II, XXIV e XXVIII, combinado com o artigo 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso III, do artigo 6º do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa - RN Nº 197, de julho de 2010.

Considerando os princípios dispostos no texto da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, especialmente o da igualdade (art. 5º, *caput*), o da proibição de discriminações odiosas (art. 3º, inciso IV), o da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III), o da liberdade (art. 5º, *caput*) e o da proteção da segurança jurídica;

Considerando o disposto no inciso II, do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e

Considerando as definições de grupo familiar previstas no artigo 5º, §1º, inciso VII, e no artigo 9º, §1º, da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009:

RESOLVE adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - Para fins de aplicação à legislação de saúde suplementar, entende-se por companheiro de beneficiário titular de plano privado de assistência à saúde pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 05/05/2010, seção 1, p. 39.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 2010[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe conferem os arts. 3º e 4º, incisos II, XXIV e XXVIII, combinado com o art. 10, inciso II, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso III do art. 6º do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando os princípios dispostos no texto da Constituição da República de 1988, especialmente o da igualdade (art. 5º, *caput*), o da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III), o da liberdade (art. 5º, *caput*), o da proteção da segurança jurídica e o da proteção à entidade familiar (art. 226, §4º);

Considerando as hipóteses de manutenção de titularidade, previstas no art. 6º, §2º, da RN Nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e no art. 3º, §1º, da RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, resolve:

Adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 04/11/2010, seção 1, p. 72.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 14, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2011[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os arts. 3º, 4º, incisos II, XXIV e XXVIII e 10, inciso II, todos da Lei 9.661, de 28 de janeiro de 2000; o art. 6º, inciso III e o art. 86, inciso III, ambos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009;

Considerando o princípio da liberdade contratual, expresso no art. 421 da Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002;

Considerando a exigência de cláusula contratual dispondo sobre reajuste nos contratos de planos privados de assistência à saúde, consoante previsto no inciso XI do art. 16 da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

Considerando a regra da periodicidade anual do reajuste, disposta no art. 28 da Lei Nº 9.069, de 29 de junho de 1995, e no art. 2º, *caput* e §1º da Lei Nº 10.192, de 14 de fevereiro de 2001; e

Considerando as conclusões sobre reajuste em planos privados de assistência à saúde coletivos, expressas no Parecer Nº 248/2010/PROGE/GECOS, aprovado na 273ª Reunião da Diretoria Colegiada - DC Ordinária, ocorrida em 6 de outubro de 2010;

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1- A data base de reajuste de um contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo pode ser alterada pela vontade dos contratantes, desde que referida modificação não viole a regra da periodicidade anual do reajuste, ou seja, desde que, por força dessa mudança, um reajuste não venha a ser aplicado antes de doze meses contados da data em que o reajuste anterior foi ou podia ter sido aplicado.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 18/02/2011, seção 1, p. 87.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 15, DE 11 DE ABRIL DE 2011[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe conferem os arts. 3º e 4º, incisos II, XXIV e XXVIII, combinado com o art. 10, inciso II, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso III do art. 6º do Regimento Interno, aprovado pela Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009:

Considerando que compete à ANS elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conforme disposto no inciso III, do artigo 4° da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000;

Considerando que a RN Nº 211, de 11 de janeiro de 2010, em vigor desde 7 de junho de 2010, dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a cobertura mínima obrigatória a ser garantida pelos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 2 de janeiro de 1999 e inclui os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento das doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças - CID - da Organização Mundial de Saúde;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.339/GM do Ministério da Saúde, de 18 de novembro de 1999, que institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho; e

Considerando o disposto na Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho e Emprego, aprovada por meio da Portaria GM nº 3.214 de 8 de junho de 1978, que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores, que deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, resolve

Adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, nos termos do disposto no art. 14 da RN Nº 211, de 2010, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde, de 1999.

2 - Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 12/04/2011, seção 1, p. 40.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 16, DE 12 DE ABRIL DE 2011[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso II do art. 10 da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e o inciso III do art. 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009,

Considerando que algumas operadoras de planos privados de assistência à saúde vêm adotando política de remuneração de seus prestadores de serviços de saúde baseada em uma parcela fixa, acrescida ou não de uma parcela paga a título de bonificação;

Considerando que, de acordo com tais políticas de remuneração, a referida bonificação somente é paga aos prestadores de serviços de saúde que limitarem a determinado parâmetro estatístico de produtividade o volume de solicitações de exames diagnósticos complementares;

Considerando que os exames diagnósticos complementares têm por objetivo proporcionar o adequado diagnóstico de patologias e orientar o tratamento dos pacientes;

Considerando que o artigo 12, inciso I, alínea "b" da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, estabelece que os planos privados de assistência à saúde, quando incluírem atendimento ambulatorial, deverão garantir a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

Considerando que o artigo 12, inciso II, alínea "d" da Lei Nº 9.656, de 1998, estabelece que os planos privados de assistência à saúde, quando incluírem internação hospitalar, deverão garantir a cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica;

Considerando que o artigo 18, inciso II da Lei Nº 9.656, de1998, estabelece que a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores;

Considerando que o artigo 4º, inciso VII da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, estabelece que compete à ANS editar normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

Considerando que o artigo 4º, inciso XXX da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, estabelece que compete à ANS aplicar penalidades pelo descumprimento das disposições da Lei Nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

Considerando que o artigo 3º da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, estabelece que compete à ANS regular as operadoras de planos privados de assistência à saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores;

Considerando que o artigo 2º, inciso I da Resolução CONSU Nº 8, de 4 de novembro de 1998, veda às operadoras de planos privados de assistência à saúde a adoção de mecanismos de regulação que impliquem infração ao Código de Ética Médica ou Odontológica; e

Considerando que o artigo 32 da Resolução CFM Nº 1.931, de 13 de outubro de 2009 (Código de Ética Médica), veda ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente;

Resolve adotar o seguinte entendimento:

É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração ao artigo 42 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 13/04/2011, seção 1, p. 22.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 17, DE 13 DE ABRIL DE 2011[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII 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 o princípio da liberdade contratual, expresso no artigo 421, e as disposições acerca das Associações, constantes principalmente nos artigos 44 e 53 ao 61, todos do Código Civil - Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002;

Considerando os requisitos de elegibilidade nos planos coletivos empresariais ou por adesão, dispostos nos artigos 5º e 9º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009;

Considerando a previsão de reunião de pessoas jurídicas para contratação de planos privados de assistência à saúde, nos termos do inciso I do artigo 23 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009;

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1- Desde que comprovados, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, os vínculos exigidos nos artigos 5º e 9º, bem como o lapso temporal previsto no artigo 10, todos da RN Nº 195, de 2009, as associações comerciais, industriais e entidades similares podem se reunir para contratar planos privados de assistência à saúde coletivos, tudo na forma do inciso I do art. 23 da RN Nº 195, de 2009.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 14/04/2011, seção 1, p. 83.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 18, DE 21 DE JULHO DE 2011[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso II do art. 10 da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o disposto no inciso III e §1º do art. 86 da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 16 de julho de 2009,

Considerando a obrigatoriedade determinada pelo art. 22 da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e pelas normas regulamentadoras do Plano de Contas Padrão da ANS, as quais determinam que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem atender as regras de escrituração contábil estabelecidas pela Lei 6.404, de 15 dezembro de 1976;

Considerando que o inciso IV do art. 183 da Lei Nº 6.404, de 1976, aplicável às Propriedades para Investimento, determina que estas serão avaliadas pelo custo de aquisição, deduzidas de provisão para atender às perdas prováveis na realização do seu valor, ou para redução do custo de aquisição ao valor de mercado, quando este for inferior;

Considerando que o inciso V do art. 183 da Lei Nº 6.404, de 1976, determina que os direitos classificados no Imobilizado serão avaliados pelo custo de aquisição, deduzido do saldo da respectiva conta de depreciação, amortização ou exaustão;

Considerando que a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE incorporou à legislação de saúde suplementar, por meio da Instrução Normativa - IN Nº 37, de 22 de dezembro de 2009, as diretrizes dos Pronunciamentos Técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC e aprovados pelo Conselho Federal de Contabilidade - CFC, e determinou sua observância pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

Considerando que a IN Nº 37, de 2009, da DIOPE, não determinou a observância pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde das Interpretações Técnicas - ICPC emitidas pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis;

Considerando que o Comitê de Pronunciamentos Contábeis, por intermédio da Interpretação Técnica ICPC 10, introduziu o conceito de custo atribuído (deemed cost), que é a opção de, na adoção inicial dos Pronunciamentos Técnicos CPC 27 - Ativo Imobilizado e CPC 28 - Propriedade de Investimento, proceder a ajustes nos saldos iniciais por intermédio da reavaliação dos ativos;

Considerando que algumas operadoras de planos privados de assistência à saúde na contabilização no Plano de Contas Padrão da ANS referente ao exercício de 2010, promoveram, equivocadamente, a atribuição de novo custo dos seus ativos utilizando-se do conceito de custo atribuído (deemed cost) estabelecido no ICPC 10;

Considerando que o critério de avaliação pelo custo de aquisição, determinado na Lei Nº 6.404, de 1976, é uma das formas de reconhecimento estabelecidas nos Pronunciamentos Contábeis CPC 27 - Imobilizado e CPC 28 - Propriedade para Investimento, sendo a forma em comum entre as normas do Comitê de Pronunciamentos Contábeis e a da Lei Nº 6.404, de 1976;

Considerando a competência legal da ANS para fixar diretrizes gerais sobre normas de contabilidade, estabelecida no art. 35-A, inciso IV, alínea "b" c/c o parágrafo único da Lei Nº 9.656, de 1998;

Considerando a necessidade da ANS interpretar e uniformizar as práticas contábeis aplicáveis ao setor de saúde suplementar;

[1] Publicada no DOU em 22/07/2011, seção 1, p. 72.

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1- Na contabilização no Plano de Contas Padrão da ANS, em relação ao Ativo Imobilizado e à Propriedade para Investimento, não é permitida a opção pelo custo atribuído (deemed cost) na aplicação inicial, contida no ICPC 10.

2- É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde modificar o custo de aquisição do seu Ativo Imobilizado bem como das Propriedades para Investimento.

3 - Também é vedado o reconhecimento dos efeitos decorrentes da opção pelo custo atribuído (deemed cost) promovidos por sociedades coligadas ou controladas das operadoras de planos privados de assistência à saúde, cujos investimentos estejam sujeitos à avaliação pelo método de equivalência patrimonial.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 19, DE 28 DE JULHO DE 2011[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII 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 finalidade da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde;

Considerando a vedação ao tratamento discriminatório ao idoso, previsto no *caput* do art. 4º do Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003; e ao portador de deficiência física, conforme a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989;

Considerando as recentes denúncias sobre a prática adotada por algumas operadoras privadas de assistência à saúde de saúde no sentido da ausência de pagamento de corretagem ou comissão na venda de planos privados de assistência à saúde para idosos com o claro propósito de desestimular a comercialização e, por conseguinte, o acesso destes consumidores a planos privados de assistência à saúde;

Considerando que em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, nos termos do art. 14 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998; e

Considerando que o impedimento ou restrição à participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde consiste em infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde, prevista no art. 62 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006, resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - A comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores;

2 - Os locais de comercialização ou venda de planos privados de assistência à saúde por terceiros devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários) que desejem aderir, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência; e

3 - A prática de ato em desacordo ao presente entendimento vinculativo caracteriza infração ao disposto no art. 62 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 29/07/2011, seção 1, p. 169.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 21, DE 12 DE AGOSTO DE 2011[(*)][1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o artigo 3º, os incisos II, XXIV e XXVIII do artigo 4º e 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 finalidade da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde;

Considerando o princípio da informação ao consumidor, previsto no inciso IV do art. 4º do Código de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

Considerando a necessidade de esclarecer a vedação da recontagem de carências, nos termos do inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

Considerando as conclusões exaradas pela Procuradoria no Parecer nº 123/2011/PROGE/GECOS;

Considerando as exceções dispostas na Resolução Normativa - RN Nº 186, de 14 de janeiro de 2009, alterada pela RN Nº 252, de 28 de abril de 2011; e na Resolução Normativa - RN Nº 254, de 5 de maio de 2011;

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1- Na celebração de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou no ingresso em plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial ou por adesão, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano privado de assistência à saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido solução de continuidade entre os planos, sob pena de restar caracterizada recontagem de carência, vedada pelo inciso I do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

2- Nessa hipótese, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, na forma do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração previstas nas Resoluções Normativas de nºs 186, de 2009, e 254, de 2011, respectivamente.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 156, de 15-8-2011, Seção 1, p. 107, com incorreções no original.

[1] Publicada no DOU em 26/08/2011, seção 1, p. 31.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 22, DE 23 DE JANEIRO DE 2012[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o art. 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII do art. 4º, cumulados com o inciso II do art. 10, todos da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do art. 6º e no inciso III do art. 86, ambos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009;

Considerando que o art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, determina que a assistência prestada pelas operadoras de planos de assistência à saúde compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos da referida Lei e do contrato firmado entre as partes;

Considerando o disposto no Enunciado de Súmula da Diretoria Colegiada da ANS nº 10, de 30 de outubro de 2006, que dispõe sobre a cobertura de complicações relacionadas a procedimentos não cobertos, e na Resolução Normativa - RN Nº 211, de 11 de janeiro de 2010, a qual atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde;

Considerando a utilização de matéria-prima diversa daquela aprovada na ocasião do registro na ANVISA das próteses mamárias denominadas Poly Implant Prothese (PIP) e Rofil Medical Nederland B.V. (Rofil), de acordo com Nota Técnica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e com o Alerta de Tecnovigilância nº 1.015, de 01 de abril de 2010;

Considerando o entendimento do Ministério da Saúde de que o procedimento cirúrgico de troca das próteses mencionadas é considerado reparador e não estético, uma vez que a rotura da prótese e extravasamento do silicone causam processo de inflamação local, com dor, inchaço e deformidade local; e

Considerando o disposto na Nota Técnica nº 08/2012/GGRAS/DIPRO/ANS, de 17 de janeiro de 2012.

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - Em caráter excepcional e somente para os beneficiários dos planos regulamentados com cobertura hospitalar em que foram implantadas próteses das marcas PIP e Rofil e de acordo com as diretrizes divulgadas no sítio do Ministério da Saúde em 20 de janeiro de 2012 (em anexo) e firmadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Sociedade Brasileira de Mastologia, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão arcar com o ônus do acompanhamento clínico, dos exames complementares e do procedimento médico de substituição, sendo obrigatória a cobertura da prótese substituta;

2 - A obrigatoriedade de cobertura prevista neste Enunciado de Súmula será limitada à rede credenciada, cooperada ou referenciada, da operadora de planos privados de assistência à saúde e será garantida de acordo com a segmentação contratada pelo beneficiário; e

3 - Nos planos firmados anteriormente à edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e não adaptados, caso não haja cláusula expressa de exclusão da cobertura de próteses, a operadora de planos privados de assistência à saúde também deverá oferecer a cobertura do disposto neste Enunciado de Súmula.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 24/01/2012, seção 1, p. 28 e 29.

ANEXO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO-GERAL DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
SAF Sul, lotes 5/6, Ed. Premium, Torre II, Sala 203 - CEP: 70.070-600 - Brasília/DF
(61) 3315.6176 - altacomplexidade@saude.gov.br

Assunto: Diretrizes do Ministério da Saúde para acompanhamento e tratamento de pacientes portadores de implantes mamários da marca PIP (Poly Implants Prothèse) e Rofil.

I - Todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os da Saúde Suplementar, que possuírem implantes mamários (próteses) das marcas PIP ou ROFIL deverão ser acolhidos pela rede de assistência pública ou conveniada ao SUS, como também pelas operadoras de planos de saúde, para o diagnóstico da situação da(s) prótese(s) e das condições de saúde dos pacientes.

Considera-se ruptura da prótese o rompimento da membrana que envolve o implante e o consequente extravasamento do seu conteúdo. Esta ruptura pode ser intracapsular, na qual o silicone fica contido pela cápsula fibrosa que envolve a prótese, ou extracapsular, onde o silicone extravasa para fora da cápsula fibrosa, segue em direção ao parênquima mamário, podendo migrar para a rede linfática.

Os sinais e sintomas de uma ruptura de implante mamário podem ser inexistentes na maioria das vezes, caracterizando a ruptura silenciosa. Sinais inflamatórios locais, deformidades das mamas, presença de nódulos axilares e sintomas como desconforto e dor, são importantes para o diagnóstico e conduta a serem tomados em cada caso.

Há exames de imagem para verificação da integridade dos implantes mamários como a ultrassonografia e a ressonância magnética.

As rupturas podem ser detectadas pela ultrassonografia das mamas. A ressonância nuclear magnética é outro método diagnóstico por imagem que deverá ser utilizado com critério (mediante escore anexo) nos casos onde houver necessidade de avaliação mais acurada.

II - Os pacientes portadores de implantes mamários cuja origem (fabricante) é por eles desconhecida ou que não possuírem mais o cartão que identifica a prótese utilizada deverão procurar o profissional que os operou para as devidas informações.

Na impossibilidade de localização do médico que realizou a cirurgia, o paciente deverá dirigir-se ao estabelecimento público de saúde ou a rede de saúde suplementar onde o implante foi realizado e solicitar as informações que constam no prontuário médico.

III - Uma vez identificada a procedência da prótese, e se estas forem das marcas PIP ou ROFIL, até laudo conclusivo da ANVISA sobre os implantes, as seguintes diretrizes deverão ser adotadas:

A - PACIENTES ASSINTOMÁTICOS E COM ALTERAÇÃO DE EXAME FÍSICO - Todos os usuários do SUS, incluindo os da saúde suplementar, portadores de próteses mamárias PIP ou ROFIL assintomáticos e com alterações no exame físico (sinal clínico) serão avaliados por exames de imagem, ultrassom ou ressonância nuclear magnética, conforme escore anexo. Caso o exame de imagem sugerir ruptura da prótese, será indicado procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes. Caso o exame de imagem não indicar ruptura da prótese, não será realizado procedimento cirúrgico ou troca das próteses neste momento e o paciente será acompanhado e reavaliado novamente após três (3) meses da avaliação inicial realizada. Pacientes com história prévia de câncer de mama deverão ser submetidos a procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes, independente do exame de imagem.

B - PACIENTES ASSINTOMÁTICOS E SEM ALTERAÇÃO DE EXAME FÍSICO - Todos os usuários do SUS, incluindo os da saúde suplementar, portadores de próteses mamárias PIP ou ROFIL

assintomáticos e sem alterações no exame físico (sinal clínico) serão avaliados por exames de imagem, ultrassom ou ressonância nuclear magnética, conforme escore anexo. Caso o exame de imagem indicar ruptura da prótese, será realizado procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes. Caso o exame de imagem não sugerir ruptura da prótese, não será realizado procedimento cirúrgico ou troca da prótese neste momento e o paciente será acompanhado e reavaliado após três (3) meses.

C - PACIENTES SINTOMÁTICOS E COM ALTERAÇÃO DE EXAME FÍSICO- Todos os usuários do SUS, incluindo os da saúde suplementar, portadores de próteses mamárias PIP ou ROFIL sintomáticos e com alterações no exame físico (sinal clínico) serão avaliados por exames de imagem, ultrassom ou ressonância nuclear magnética, conforme escore anexo. Caso o exame de imagem indicar ruptura da prótese, será indicado procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes. Caso o exame de imagem não sugerir ruptura da prótese e com diagnóstico diferencial estabelecido, não será realizado procedimento cirúrgico ou troca das próteses neste momento e o paciente será acompanhado e reavaliado após três (3) meses. Porém, se não houver diagnóstico diferencial descrito em prontuário, será indicado procedimento cirúrgico reparador. Pacientes com história prévia de câncer de mama não necessitarão de exame de imagem, sendo indicado o procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes.

D - PACIENTES SINTOMÁTICOS E SEM ALTERAÇÃO DE EXAME FÍSICO - Todos os usuários do SUS, incluindo os da saúde suplementar, portadores de próteses mamárias PIP ou ROFIL sintomáticos e sem alterações no exame físico (sinal clínico) serão avaliados por exames de imagem, ultrassom ou ressonância nuclear magnética, conforme escore anexo. Caso o exame de imagem indicar ruptura da prótese, será indicado procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes. Caso o exame de imagem não sugerir ruptura da prótese, não será realizado procedimento cirúrgico ou troca da prótese neste momento e o paciente será acompanhado e reavaliado após três (3) meses. Pacientes com história prévia de câncer de mama deverão ser submetidos a procedimento cirúrgico reparador com troca dos implantes, independente do exame de imagem.

E - O exame de imagem será realizado, preferencialmente, por ultrassonografia. A ressonância nuclear magnética será indicada nos casos em que o escore (anexo) for igual ou superior a três (3).

F - Na rede pública, para fins de diagnóstico de ruptura dos implantes mamários por ultrassonografia e ressonância magnética, serão utilizados códigos da Tabela de Procedimentos do SUS.

G - Se confirmado o diagnóstico de ruptura, o paciente deverá ser submetido à cirurgia de troca dos implantes mamários.

H - O procedimento de troca dos implantes mamários na rede pública deverá ser realizado, em princípio, pelo serviço de referência onde foi realizado o procedimento inicial. Em caráter excepcional, os pacientes que estiverem distantes do médico ou do serviço de saúde que realizou o procedimento podem procurar um serviço de saúde ou um Centro de Especialidades mais próximo para avaliação e o devido encaminhamento à unidade que realizou o procedimento cirúrgico inicial. Na saúde suplementar, as operadoras indicarão os serviços da rede credenciada, cooperada ou referenciada, de acordo com critérios próprios de acesso à sua rede assistencial.

I - Na rede pública, para a realização da troca do(s) implante(s) mamário(s), serão utilizados os códigos de procedimento da Tabela de Procedimentos do SUS.

J - Após o ato cirúrgico, o paciente deverá ser acompanhado pelo médico assistente ou serviço referenciado.

K - Após a alta hospitalar, os pacientes deverão continuar o acompanhamento e o respectivo tratamento, se for o caso. A recomendação é que o acompanhamento seja feito pelo hospital onde foi realizada a troca do(s) implante(s).

L - Nos procedimentos de retirada das próteses devem ser observadas as determinações da ANVISA quanto a notificações e disposição das próteses explantadas.

M - As diretrizes supracitadas estarão sujeitas a alterações de acordo com nota técnica da ANVISA ou novas evidências.

N - Quando indicado pela diretriz supracitada a troca de prótese mamária em pacientes com duas próteses, será realizada a troca bilateral, independente do número de próteses que estiverem rompidas.

ESCORE PARA INDICAÇÃO DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) PARA DIAGNÓSTICO DE RUPTURA DE PRÓTESE MAMÁRIA		
Parâmetro	**Pontuação**	
Laudo do Ultrassom (US)	Conclusiva 0	Inconclusiva 3
Condições da Prótese pelo US (irregularidades)	Normal 0	Alterada 1
Antecedentes Oncológicos	Ausente 0	Presente 1
Sintomas sem diagnóstico diferencial	Ausente 0	Presente 1
Alteração de Exame Físico	Ausente 0	Presente 1

Indicação de RNM - Escore maior ou igual a 3

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 23, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2012.[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os artigos 3º, 4º, incisos IV, XV, XXI, XXII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXXI, XXXVII e XLI, e 10, inciso II, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto nos artigos 6º, inciso III, e 86, inciso III, ambos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009;

Considerando a finalidade da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde;

Considerando a necessidade de uniformizar entendimentos no âmbito da ANS;

Considerando a jurisprudência consolidada do Supremo Tribunal Federal sobre a inexistência de direito adquirido em face de regime jurídico ou regime legal; e

Considerando as conclusões exaradas pela Procuradoria Federal junto a esta Agência no Parecer nº 114/ 2002/ PROGE/ GECOS, no Parecer nº 127/2002/PROGE/GECOS e no Parecer nº 363/ 2011/ PF- ANS/ PGF/ AGU.

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

Os artigos 17 e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, por conterem normas de organização e funcionamento da prestação dos serviços assistenciais à saúde e exigir de seu destinatários a observância de determinadas regras de comportamento para a adequada preservação dos contratos de planos privados de assistência à saúde, apresentando características típicas das normas jurídicas integrantes de um regime jurídico ou regime legal, aplicam-se às situações jurídicas definitivamente constituídas antes de sua vigência sem afrontar a garantia prevista no artigo 5º, XXXVI, da Constituição Federal.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 28/02/2012, seção 1, p. 41.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 24, DE 23 DE JULHO DE 2012[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º; os incisos II, XXIV e XXVIII do artigo 4º, e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso III do artigo 6º e o inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009;

Considerando as regras de portabilidade de carências, previstas na Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009;

Considerando o princípio da liberdade contratual, expresso no art. 421 do Código Civil - Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002; e

Considerando as formas de contratação de planos privados de assistência à saúde coletiva, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1- Em planos coletivos, o mês de aniversário do contrato, para efeito do exercício da portabilidade, de acordo com o disposto no §2º do art. 3º da Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, coincide com a data de celebração do instrumento contratual entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos privados de assistência à saúde, salvo na hipótese em que houver a figura da administradora de benefícios como estipulante, cujo entendimento será regido pelo item 2 desta Súmula Normativa;

2- Nos contratos coletivos em que a administradora de benefícios figurar como estipulante do instrumento firmado com a operadora de planos privados de assistência à saúde, na forma do disposto no inciso III do art. 23 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, o mês de aniversário para exercício da portabilidade coincide com a data da celebração do contrato coletivo entre a operadora de planos privados de assistência à saúde, administradora de benefícios e a vinculação da primeira pessoa jurídica contratante; e

3- O mês de aniversário do contrato para fins de portabilidade dos beneficiários das demais pessoas jurídicas contratantes é aquele descrito no item 2 desta Súmula, ainda que a primeira pessoa jurídica contratante se desvincule da referida relação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor - Presidente

[1] Publicado no DOU em 24/07/2012, seção 1, p. 34.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII 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 n° 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando as regras para planos privados de assistência à saúde com cobertura obstétrica, previstas no inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; Considerando a regra para planos privados de assistência à saúde acerca da inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, prevista no inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998; Considerando as formas de imposição de carência para planos privados de assistência à saúde, dispostas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; e

Considerando a RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, que dispõe, dentre outras questões, a respeito de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e Cobertura Parcial Temporária (CPT) em planos privados de assistência à saúde; e a Resolução CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

Resolve adotar os seguintes entendimentos vinculativos:

QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO.

1. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.
2. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:
2.1 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e
2.2 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:
2.2.1 - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;
2.2.2 - persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;
2.2.3 - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e
2.2.4 - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.
3. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

[1] Publicado no DOU em 14/09/2012, seção 1, p. 69.

QUANTO À INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA.

4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:
4.1. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;
4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e
4.3. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.
5. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.
6. A inscrição do recém nascido, na forma dos itens 4 e 5, pelo dependente de plano privado de assistência a saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, em planos coletivos, observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

QUANTO À INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA, E DO APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA.

7. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.
8. O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.
9. Em planos coletivos, a inscrição de dependente prevista nos itens 7 e 8 observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA E À COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM-NASCIDO.

10. Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 dias na forma dos itens 4 e 5, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:
10.1 caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou
10.2 caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

ENTENDIMENTOS COMPLEMENTARES

11. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros trintas dias a contar:
11.1 do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;
11.2 da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e
11.3 na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.
12. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer argüição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

13. Os prazos de carência previstos nesta súmula referem-se aos prazos máximos legais de carência dispostos no inciso V, do art. 12 da Lei 9.656, de 1998; na hipótese de o contrato de plano privado de assistência à saúde dispor de prazo menor, aplica-se o prazo previsto contratualmente.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 26, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2015[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e o inciso II, 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 n° 197, de 16 de julho de 2009;

Considerando o disposto no §4º do art. 17-A da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998;

Considerando o disposto na RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, em especial no art. 3º; no parágrafo único do art. 9º; e no §2º do art. 4º;

Considerando o disposto no inciso II do art. 4º e no caput art. 12 da RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014;

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1 - O índice de reajuste da ANS a que se reportam os arts. 3º, 4º e 8º da Resolução Normativa- RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, é o valor integral do IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, respeitado o disposto no art. 9º da RN nº 364, de 2014, sendo que:

a) O índice de reajuste da ANS será aplicado na existência de contratos escritos com previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste quando não houver acordo firmado entre as partes ao término do período de negociação; e

b) Excepcionalmente no primeiro ano de vigência da RN nº 364, de 2014, o índice de reajuste da ANS será aplicado na hipótese de contratos escritos sem cláusula de reajuste definida, e na hipótese de contratos não escritos observando-se o período mínimo de 12 meses de relação contratual estabelecida entre as partes.

1.1 O IPCA será aplicado em seu valor integral para os reajustes que ocorram nos dois primeiros anos de vigência da RN nº 364, de 2014, para os profissionais de saúde e, no primeiro ano, para os demais estabelecimentos de saúde; e

1.2 Após o período previsto no item 1.1 será aplicado o fator de qualidade determinado pelo art. 7º da RN nº 364, de 2014, que incidirá sobre o valor integral do IPCA, não podendo o resultado ser superior ao mesmo, conforme limitação estabelecida no art. 3º do referido normativo.

2 - A aplicação do reajuste deverá obedecer o índice estipulado nos contratos firmados entre as partes, nos casos de contratos com cláusula de forma de reajuste expressa, que não seja apenas a livre negociação.

3 - A livre negociação entre as partes não está limitada a nenhum índice.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora-Presidente Substituta

[1] Publicado no DOU em 02/03/2015, seção 1, p. 31.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

SÚMULA NORMATIVA Nº 27, DE 10 DE JUNHO DE 2015[1]

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 n° 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.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA
Diretora-Presidente Substituta

[1] Publicado no DOU em 11/06/2015, seção 1, p. 26.

Comunicado ANS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

COMUNICADO Nº 8, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o *caput* do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em observância às disposições das Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com redação da Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, e nos termos do art. 60, inciso VII, do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando:

As atribuições e competências da ANS quanto a regulação e fiscalização do setor de saúde suplementar;

A vulnerabilidade do consumidor na escolha de produtos de assistência à saúde; e

A finalidade institucional da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar.

DIVULGA o entendimento de que as atividades de administração, disponibilização ou comercialização de produtos ou serviços mediante acesso e direcionamento à rede credenciada ou referenciada de profissionais e serviços de saúde, por meio de pagamento de contraprestação pecuniária, vinculados a descontos aos consumidores, como cartões de desconto ou similares, estão submetidas aos dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, especialmente quanto às exigências de registro e autorização pela ANS e às garantias assistenciais previstas, notadamente em seus artigos 10 e 12, motivo pelo qual:

DETERMINA que as empresas, que vêm oferecendo essa modalidade de produtos e serviços, regularizem sua atuação junto à ANS, visando o cumprimento das exigências dispostas na Lei nº 9.656, de 1998, no período de 15 de janeiro a 15 de abril de 2003, sob pena da aplicação das sanções legais.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 16/12/2002, seção 3, p. 84.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

COMUNICADO Nº 9, DE 6 DE JUNHO DE 2003[1]

CARTÕES DE DESCONTO - ALERTA AOS CONSUMIDORES

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o *caput* do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto 3.327, de 5 de janeiro de 2000, considerando:

A finalidade institucional da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar,

Os resultados obtidos na avaliação das informações das empresas que oferecem assistência à saúde mediante filiação a rede de descontos,

A vulnerabilidade do consumidor na escolha de produtos de assistência à saúde.

Comunica que:

1. Os sistemas de descontos **não são planos de assistência à saúde** e são vendidos por empresas que não garantem e não se responsabilizam pelos serviços oferecidos, pelo pagamento de despesas ou pelo valor que será efetivamente cobrado do consumidor;
2. A oferta e propaganda desses serviços como Plano de Saúde é enganosa e pode confundir o consumidor na hora da escolha de seu plano;
3. A ANS desaconselha este tipo de contratação, que não apresenta as garantias assistenciais mínimas exigidas pela legislação, deixando o consumidor vulnerável nas situações de maior risco, que são exatamente aquelas em que o custo da assistência médica pode chegar a valores muito elevados.

O Ministério da Saúde, a partir de proposta da ANS, estará encaminhando ao Congresso Nacional Projeto de Lei proibindo a oferta destes sistemas de desconto e de qualquer outro tipo de atividade de intermediação que não atenda a legislação em vigor.

A ANS, em recente decisão de Diretoria Colegiada, vedou às operadoras e seguradoras de planos de assistência à saúde a operação de sistemas de descontos, e fixou multa de R$ 50.000,00 para os casos de infração.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 06/07/2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

COMUNICADO Nº 10, DE 01 DE SETEMBRO DE 2003[1]

ANS ALERTA CONSUMIDORES DE PLANOS DE SAÚDE

Em 21 de agosto de 2003, o Supremo Tribunal Federal (STF) proferiu decisão no julgamento de pedido de Liminar, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta em 1999 pela Confederação Nacional de Saúde, contra dispositivos da Lei 9656/98 - a Lei dos Planos de Saúde.

Em primeiro lugar, é importante deixar claro que NADA MUDA para os mais de 12 milhões de beneficiários de planos de saúde cujos contratos foram assinados após janeiro de 1999, ou seja, na vigência da Lei 9.656/98.

Para os beneficiários que assinaram contrato antes de janeiro de 1999, é importante esclarecer que:

1) As principais entidades do setor, inclusive as que representam os consumidores, já foram convocadas pelo Ministério da Saúde e pela ANS para discutir o impacto da Liminar do STF e encontrar mecanismos que protejam os usuários de planos antigos;
2) Após reuniões com as autoridades do Ministério da Saúde e da ANS , as entidades mais representativas das operadoras - Fenaseg, Abramge, Unimed do Brasil e Unidas - assumiram com a ANS e o Ministério da Saúde o compromisso de orientar suas afiliadas no sentido de que nada seja alterado até que sejam estabelecidas as regras de transição;
3) A ANS está elaborando regulamentação específica para absorver a decisão do STF e reduzir ao máximo o impacto de eventuais prejuízos aos usuários de planos antigos. Também está trabalhando na elaboração e negociação de um Plano Especial de Adesão a Contratos Adaptados com o objetivo de facilitar a migração dos usuários atingidos para contratos que incorporem os direitos assegurados pela Lei dos Planos de Saúde, respeitando a liminar do STF;

Em face da decisão do Supremo Tribunal Federal, serão editadas regras de transição que, não apenas garantam os direitos dos consumidores de planos de saúde, como também impeçam eventuais práticas abusivas por empresas inescrupulosas. Por essa razão, a ANS:

RECOMENDA AOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE CUJOS CONTRATOS SEJAM ANTERIORES A JANEIRO DE 1999 QUE NÃO ACEITEM PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO OU ADAPTAÇÃO CONTRATUAL, BEM COMO A APLICAÇÃO DE REAJUSTES INDEVIDOS, ATÉ A COMPLETA REGULAMENTAÇÃO DESSA MATÉRIA.

Para quaisquer dúvidas, necessidades de maiores esclarecimentos ou denúncias, a ANS pode ser acionada através do DISQUE-ANS 0800 701 9656, cuja ligação é gratuita e que funciona de segunda-feira à sexta-feira, das 8:00 às 20:00 horas. As denúncias também podem ser feitas junto ao PROCON ou órgão de Defesa do Consumidor de sua cidade.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 01/09/2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

COMUNICADO Nº 11, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004[1]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere *o caput* do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em observância às disposições das Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com redação da Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, e nos termos do art. 60, inciso VII, do Regimento Interno aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002 e atendendo Recomendação da 3ª Câmara de Coordenação e Revisão da Procuradoria-Geral da República manifestada pelo ofício nº 513/2002/3ª Câmara de 27 de agosto de 2002,

COMUNICA a todos os consumidores que possuam mais de um contrato de plano ou seguro de assistência à saúde com cláusula de reembolso, que a cláusula de reembolso de despesas de um plano de assistência à saúde, nos limites e condições previstas no instrumento contratual, pode ser utilizada para complementar o ressarcimento e despesas parcialmente reembolsadas por outro contrato de plano de assistência à saúde.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 12/02/2004, seção 3.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 4, DE 6 DE JUNHO DE 2002[1]

Dispõe sobre os procedimentos operacionais do parcelamento de débitos relativos ao ressarcimento ao SUS.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais, e com fulcro no art. 29, I da Resolução Normativa - RN Nº 4, de 19 de abril de 2002, resolve:

CAPÍTULO I
DO PEDIDO DO PARCELAMENTO

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que optarem por parcelar seus débitos relativos ao ressarcimento ao SUS, na forma da Resolução Normativa nº 04, de 19 de abril de 2002, deverão apresentar requerimento nesse sentido à Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, observando o que se segue:[2]

I - formalização do requerimento por meio do modelo "Requerimento de Parcelamento de Débito - RPD-SUS", constante do Anexo a esta Instrução Normativa, compreendendo, em especial:

a) a discriminação do montante a parcelar, considerado o débito até a data do pedido;

b) a indicação do número de parcelas e respectivo valor, observados o limite máximo de sessenta prestações mensais e sucessivas e o valor mínimo de cada parcela, conforme art. 9º desta Instrução; e

II - assinatura do Requerimento pelo devedor ou por seu representante legal, com poderes especiais nos termos da lei, juntando-se o respectivo instrumento de representação.

§1º A entrega do RPD-SUS deverá ser acompanhada, ainda, de documento que comprove o pagamento da primeira parcela, segundo o montante indicado, o número de parcelas e o prazo pretendidos.

§2º O pedido de parcelamento importa em confissão irretratável de débito e configura confissão extrajudicial, nos termos dos arts. 348, 353 e 354 do Código de Processo Civil, podendo a exatidão do valor ser objeto de verificação.

§3º O pedido de parcelamento de débito só será recebido para análise da DIDES se cumpridos os requisitos indicados neste artigo e parágrafos.

§4º O pedido de parcelamento de débito deverá ser protocolado na sede da ANS ou enviado por carta registrada, encaminhada à Gerência-Geral de Integração com o SUS - GGSUS, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, para o endereço da ANS à Av. Augusto Severo, nº 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20.021-040.

CAPÍTULO II
DO PARCELAMENTO SIMPLIFICADO

Art. 2º Na hipótese de o valor total do débito não exceder a R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), poderá a operadora requerer o parcelamento simplificado, na forma e condições do art. 11 e parágrafos da RN Nº 04, de 2002.

§1º O pedido de parcelamento simplificado deverá ser requerido, instruído e protocolizado conforme o disposto no art. 1º e parágrafos desta Instrução Normativa, devendo a operadora especificar, no campo apropriado do RPD-SUS, que se trata de "Parcelamento Simplificado".

§2º Para fins de cálculo do montante do débito, não deverão ser computados os parcelamentos anteriormente concedidos que estejam com os seus pagamentos em dia.

§3º O pedido de parcelamento simplificado só será recebido para exame da DIDES se cumpridos os requisitos indicados no art. 1º e parágrafos desta Instrução Normativa.

CAPÍTULO III
DA ANÁLISE DOS PEDIDOS E DA CONCESSÃO DO PARCELAMENTO

Art. 3º A DIDES analisará os pedidos de parcelamento de débito no prazo máximo de 90 (noventa) dias.

[1] Publicada no DOU em 11/06/2002, seção 1, p. 279.

[2] O art. 1º está alterado conforme IN/DIDES nº 07/2002.

§1º Enquanto não houver decisão sobre o pedido de parcelamento, a operadora de plano de saúde, sob pena de indeferimento, fica obrigada a recolher, até o último dia útil de cada mês, a partir do mês subseqüente ao do protocolo do pedido, o valor correspondente a uma parcela do débito, a título de antecipação.
§2º Considerar-se-á deferido o pedido de parcelamento em caso de não manifestação da DIDES no prazo de noventa dias, contados da data de protocolo do pedido, desde que instruído o pedido conforme o disposto nesta Instrução Normativa e não tenha havido exigência a ser cumprida pelo requerente.
§3º O deferimento de que trata o §2º não afasta a possibilidade de verificação dos valores objeto do parcelamento, nem exime a operadora, sob pena de cancelamento, da obrigação dos recolhimentos mensais de que trata o §1º, até que seja comunicada a consolidação da dívida na forma do parágrafo único do art 6º.
Art. 4º O pedido de parcelamento de débito será, ainda, indeferido, com ciência ao interessado, quando:
I - a exigibilidade do débito seja objeto de discussão em ação judicial proposta pelo devedor ou seu representante legal; e
II - já tenha sido objeto de parcelamento ainda não integralmente pago.
§1º As hipóteses de indeferimento previstas neste artigo não se aplicam ao parcelamento simplificado de que trata o art. 2º desta Instrução Normativa.
§2º A ciência ao interessado será dada mediante ofício, a ser encaminhado para o endereço da operadora constante do cadastro e da página da ANS na Internet, http://www.ans.gov.br.
Art. 5º A DIDES somente concederá o parcelamento dos débitos após a aprovação prévia da Diretoria Colegiada, obtida mediante Circuito Deliberativo.
Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica aos parcelamentos simplificados previstos no art. 2º desta Instrução Normativa.
Art. 6º O ato de concessão do parcelamento será comunicado ao requerente, devendo dele constar o valor do débito consolidado, o prazo do parcelamento e, computadas as parcelas antecipadas, o número de parcelas restantes.
Parágrafo único. A comunicação a que se refere o *caput* será feita mediante ofício, a ser encaminhado para o endereço da operadora constante do cadastro e na página da ANS na Internet, http://www.ans.gov.br.

CAPÍTULO IV
DO CÁLCULO E DAS PRESTAÇÕES

Art. 7º Concedido o parcelamento dos débitos, a DIDES procederá à consolidação da dívida, tomando-se como termo final, para cálculo dos acréscimos legais, a data da concessão, deduzidos os pagamentos efetuados a título de antecipação.
§1º Por débito consolidado compreende-se o débito atualizado, mais os encargos e acréscimos, legais ou contratuais, vencidos até a data da concessão do parcelamento.
§2º A concessão do parcelamento implica na suspensão do registro, relativamente ao débito parcelado, no Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados do Setor Público Federal - CADIN.
Art. 8º Para fins do disposto nesta Instrução, o débito consolidado resultará da soma aritmética:
a) do principal;
b) da multa de mora no valor 10% (dez por cento); e
c) dos juros de mora de 1% ao mês ou fração de mês.
Art. 9º O valor de cada parcela será obtido mediante a divisão do valor do débito consolidado pelo número de parcelas restantes, observado o limite máximo de sessenta prestações mensais e sucessivas e os seguintes valores mínimos:[1]
I - de 1 (um) a 1.000 (mil) beneficiários: R$ 500,00 (quinhentos reais);
II - de 1.001 (mil e um) a 10.000 (dez mil) beneficiários: R$ 1.000,00 (mil reais);
III - de 10.001 (dez mil e um) a 100.000 (cem mil) beneficiários: R$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais);
IV - de 100.001(cem mil e um) a 200.000(duzentos mil) beneficiários:R$ 2.000,00 (dois mil reais); e
V - acima de 200.000 (duzentos mil) beneficiários: R$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais).
Art. 10. Nos casos de concessão de medida judicial que tenha suspendido a exigibilidade do recolhimento dos débitos com o ressarcimento ao SUS, não incidirá a multa de mora desde a concessão da medida judicial até o trigésimo dia após a data de publicação de sua cassação.[2]

[1] O art. 9º está alterado conforme IN/DIDES nº 07/2002.
[2] O art. 10 foi retificado conforme publicado no DOU em 28/06/2002, seção 1, p. 97.

§1º Os juros de mora serão devidos sem qualquer interrupção desde o mês seguinte ao vencimento.
§2º O disposto neste artigo aplica-se aos casos em que a suspensão da exigibilidade do recolhimento tenha ocorrido antes do respectivo vencimento.

CAPÍTULO V
DO VENCIMENTO E DO PAGAMENTO

Art. 11. O vencimento das prestações referentes ao débito parcelado será o último dia útil de cada mês, exigível a partir do mês subseqüente ao da comunicação da concessão do pedido.
Art. 12. Por ocasião do pagamento, o valor de cada parcela será acrescido de juros equivalentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, calculados a partir da data da concessão até o mês anterior ao do pagamento, e de um por cento relativamente ao mês em que o pagamento estiver sendo efetuado.
Art. 13. Os pagamentos referentes aos débitos parcelados deverão ser efetuados, mediante depósito no Banco do Brasil, agência nº 3.114-3, na conta corrente específica nº 333004-4 - Ressarcimento ao SUS/ANS.
Parágrafo único. À exceção da primeira parcela, a operadora, no prazo de cinco dias contados do pagamento efetuado, deverá fazer entrega à GGSUS/DIDES de cópia do respectivo comprovante de depósito, para fins de instrução do respectivo processo de concessão do parcelamento.

CAPÍTULO VI
DO CANCELAMENTO

Art. 14. O parcelamento dos débitos será, ainda, cancelado pela DIDES nas seguintes hipóteses:
I - falta de pagamento de duas prestações, consecutivas ou não; e
II - quando se tratar de débito inscrito em Dívida Ativa, parcelado a critério do Procurador-Geral:
a) pelo não cumprimento, por parte do requerente, da formalização da garantia fidejussória no prazo de quinze dias contados da comunicação do deferimento; ou
b) pelo não atendimento à intimação, para que providencie, no prazo de 30 dias, a reposição ou reforço da garantia, no caso do objeto desta garantia vir a perecer ou a se desvalorizar.
Parágrafo único. Cancelado o parcelamento, o saldo devedor será apurado, providenciando-se, conforme o caso:
I - o encaminhamento do débito para inscrição no CADIN;
II - o encaminhamento do débito para inscrição em Dívida Ativa;
III - o prosseguimento da execução fiscal.

CAPÍTULO VII
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15. Os valores denunciados espontaneamente não serão passíveis de procedimento fiscal, desde que a denúncia seja anterior ao início daquele procedimento.
Parágrafo único. A exceção prevista no *caput* não elimina a possibilidade de verificação da exatidão do débito constante do pedido de parcelamento e da cobrança de eventuais diferenças, acrescidas dos encargos legais e das penalidades cabíveis.
Art. 16. Até o décimo dia útil de cada mês, a DIDES fará publicar, no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet http://www.ans.gov.br, demonstrativo dos parcelamentos concedidos com base nesta Instrução Normativa, do qual constará, necessariamente, os números de inscrição das operadoras beneficiadas no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ, os valores parcelados e o número de parcelas concedidas.
Art. 17. A DIDES expedirá disposições complementares a esta Instrução Normativa sobre as garantias reais e fidejussórias e o sistema de cobrança e arrecadação.
Art. 18. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR
Diretor

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 27 DE MARÇO DE 2006[1]

Revoga a Instrução Normativa DIDES nº 19 de 22 de fevereiro de 2006 e dispõe sobre o estatuto do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, no uso de suas atribuições regulamentares previstas no art. 6º, §2º, da RN Nº 114, de 26 de outubro de 2005, resolve:

CAPÍTULO I
FINALIDADE E ATRIBUIÇÃO

Art. 1º O Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – COPISS – criado pela Resolução Normativa nº 114 de 26/10/2005, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, é uma instância colegiada, consultiva, sob a coordenação da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS.

Parágrafo único. O COPISS terá por finalidade promover o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do padrão TISS e da troca eletrônica de informações entre as operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços de saúde e a ANS, através de processo participativo e democrático de construção e busca de consenso entre os diversos atores envolvidos na saúde suplementar, sempre na defesa do interesse público.

Art. 2º O COPISS tem como atribuições:

I - supervisionar, coordenar, estabelecer prioridades e propor modificações e melhorias no padrão TISS;

II - estabelecer e promover metodologia de divulgação das informações do padrão TISS;

III - revisar e aprovar termos e classificações utilizados no padrão TISS;

IV - promover, fomentar e recomendar estudos relacionados à padronização das informações em saúde suplementar bem como para a troca eletrônica de informações em saúde suplementar, baseados nos padrões nacionais e internacionais;

V - identificar, propor e coordenar modificações necessárias aos sistemas de informação da saúde suplementar, sob coordenação da ANS, para adequação aos padrões consensuados e aos sistemas de informações de saúde do MS; e

VI - propor padrões e metodologias para proteger e melhorar a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação em saúde suplementar, bem como as boas práticas para gerenciamento seguro da informação em saúde.

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO COPISS

Seção I
Do Órgão Deliberativo do COPISS

Art. 3º O órgão deliberativo do COPISS tem composição interinstitucional, e os membros efetivos e respectivos suplentes são representativos dos seguintes setores e instituições, no quantitativo previsto:[2]

I - Agência Nacional de Saúde Suplementar - 3 (três) representantes,sendo um representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial;

II - Ministério da Saúde - 2 (dois) representante, sendo um do Departamento de Informação e Informática do SUS e outro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

III - operadoras de planos de saúde: 7 (sete) representantes,das seguintes entidades e setores:

a) segmento de auto-gestão de assistência à saúde;

b) empresas de medicina de grupo;

c) cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;

d) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;

e) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;

[1] Publicada no DOU de 28/03/2006, seção 1, p. 37.

[2] O art. 3º está alterado conforme art. 1º da IN/DIDES nº 24/2007.

f) empresas de odontologia de grupo;
g) cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar.
IV - prestadores de serviços de saúde: 9 (nove) representantes das entidades:
a) Conselho Federal de Medicina;
b) Conselho Federal de Odontologia;
c) Federação Brasileira de Hospitais;
d) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
e) Associação Médica Brasileira;
f) Sociedade Brasileira de Patologia Clínica;
g) Colégio Brasileiro de Radiologia;
h) Associação Nacional dos Hospitais Privados;
i) Federação Nacional dos Médicos.
V - entidades nacionais de defesa dos consumidores e dos beneficiários: 1 (um) representante;
VI - instituições públicas de ensino e pesquisa com experiência na área: 2 (dois) representantes;
§1º As entidades de que tratam as alíneas III, IV, V e VI escolherão entre si, consensualmente, dentro de cada categoria, o seu representante e respectivo suplente.
VII - demais entidades convidadas.[1]
Art. 4º A designação dos membros indicados pelas instituições será feita por portaria da DIDES.
Art. 5º O representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial será o coordenador do órgão deliberativo do COPISS;
Art. 6º O COPISS contará com uma Secretaria Técnica, exercida por um secretário designado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS.

Seção II
Dos Grupos de Trabalho do COPISS

Art. 7º Ficam criados os seguintes Grupos de Trabalho do COPISS:
I - Grupo de Trabalho Coordenador;
II - Grupo de Trabalho de padrões de conteúdo e estrutura;
III - Grupo de Trabalho de padrões de representação de conceitos em saúde;
IV - Grupo de Trabalho de padrões de comunicação;
V - Grupo de Trabalho de segurança.
Art. 8º O Grupo de Trabalho Coordenador será constituído por representantes das seguintes instituições e entidades:
I - 1 (um) representante de Agência Nacional de Saúde Suplementar – representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial;
II - 1 (um) representante do Ministério da Saúde;
III - 1 (um) representante das operadoras de planos de saúde;
IV - 1 (um) representante dos prestadores de serviços de saúde; e
V - 1 (um) representante das instituições públicas de ensino e pesquisa com experiência na área;
§1º O representante da ANS será o coordenador do Grupo de Trabalho Coordenador.
§2º Os representantes de cada setor deverão ser indicados entre os participantes do Comitê de Padronização da Informação em Saúde.
§3º Os representantes dos setores listados nos incisos III, IV e V serão indicados pelos representantes de cada setor no órgão deliberativo do COPISS.
§4º A designação dos membros do Grupo de Trabalho Coordenador, indicados pelas instituições, será feita por portaria da DIDES.
Art. 9º São atribuições do Grupo de Trabalho Coordenador:
I - promover a comunicação com a Diretoria de Desenvolvimento Setorial e com a Diretoria Colegiada da ANS para o encaminhamento das propostas do COPISS;
II - coordenar as atividades do COPISS;
III - receber, avaliar e encaminhar ao órgão deliberativo do COPISS propostas surgidas nos demais grupos de trabalho;
IV - receber, avaliar e encaminhar ao órgão deliberativo do COPISS e aos demais grupos de trabalho as propostas recebidas de entidades e de profissionais que não têm representação no COPISS; e

[1] O inciso VII do art. 3º foi acrescido conforme art. 1º da IN/DIDES nº 33/2009.

V - coordenar as atividades dos demais grupos de trabalho, facilitando a organização de suas atividades e a articulação com outras instituições e entidades visando a convidar consultores e profissionais técnicos para a participação nas atividades de cada grupo de trabalho.
Art. 10. Os Grupos de Trabalhos definidos nos incisos II, III, IV e V do art. 7º da presente instrução terão como atribuição a realização de estudos técnicos e a elaboração de propostas para os padrões a serem encaminhadas ao Grupo de Trabalho Coordenador.
Art. 11. Os membros dos Grupos de Trabalho previstos nos incisos II, III, IV e V do art. 7º serão indicados pelo órgão deliberativo do COPISS, entre seus membros titulares e suplentes.
§1º Cada um desses grupos de trabalho serão compostos por 5 (cinco) membros. No grupo de trabalho previsto no item V, um dos membros será representante do Conselho Federal de Medicina.
§2º Os grupos de trabalho poderão convidar profissionais com atuação na área técnica de cada grupo de trabalho.

Seção III
Das Atribuições dos Membros

Art. 12. Ao Coordenador incumbe coordenar e supervisionar as atividades do COPISS, e especificamente:
I - instalar e presidir suas reuniões;
II - suscitar o pronunciamento do órgão deliberativo do COPISS e de seus grupos de trabalho quanto às questões relativas a suas atribuições;
III - propor, ao órgão deliberativo do COPISS e aos grupos de trabalho, a indicação de membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão;
IV - propor, ao órgão deliberativo do COPISS e aos grupos de trabalho, a possibilidade de convite a entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em estudos ou participarem com consultores “ad hoc” na apreciação de matérias submetidas ao COPISS;
V - propor diligências consideradas imprescindíveis ao exame da matéria, ouvido o órgão deliberativo;e
VI - encaminhar à DIDES as deliberações e decisões do órgão deliberativo do COPISS, com as respectivas justificativas.
Art. 13. À Secretária Técnica incumbe:
I - assistir às reuniões;
II - encaminhar e providenciar o cumprimento das deliberações do órgão deliberativo do COPISS;
III - organizar a pauta das reuniões;
IV - receber as correspondências, projetos ou outras matérias, dando os devidos encaminhamentos;
V - preparar, assinar, distribuir aos membros e manter em arquivo a memória das reuniões;
VI - coordenar as atividades da Secretaria Técnica, como organização de banco de dados, registro de deliberações, protocolo e outros; e
VII - receber, protocolar e encaminhar ao órgão deliberativo do COPISS as propostas de alteração do padrão TISS, através de modelo de solicitação de alteração do padrão TISS (SOP-TISS).
Art 14. Aos membros efetivos do órgão deliberativo do COPISS incumbe:
I - analisar as modificações propostas ao padrão TISS;
II - propor a indicação de entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em estudos ou participarem como consultores “ad hoc” de matérias submetidas ao COPISS;
III - estudar e relatar nos prazos estabelecidos pelo pleno do órgão deliberativo as matérias que lhe forem atribuídas;
IV - comparecer às reuniões, participando ativamente, e manifestando-se a respeito das matérias em discussão; e
V - desempenhar as atribuições que lhes forem conferidas.
Art. 15. Aos membros dos grupos de trabalho incumbe:
I - propor modificações do padrão TISS através da utilização do modelo de solicitação de alteração do padrão TISS (SOP-TISS);
II - propor a indicação de entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em estudos ou participarem como consultores “ad hoc” de matérias submetidas ao Grupo de Trabalho;
III - estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhe forem atribuídas;
IV - comparecer às reuniões, participando ativamente, e manifestando-se a respeito das matérias em discussão; e
V - desempenhar as atribuições que lhes forem conferidas.

CAPÍTULO III
DO FUNCIONAMENTO DO ÓRGÃO DELIBERATIVO DO COPISS

Seção I
Das Reuniões

Art. 16. O órgão deliberativo do COPISS reunir-se-á mensalmente ou em qualquer ocasião em que houver necessidade, mediante solicitação à Secretária Técnica, do Coordenador, do Grupo de Trabalho Coordenador ou de qualquer de seus membros.
Art. 17. As deliberações do COPISS deverão buscar o consenso entre os setores envolvidos.
§1º No processo de debate de propostas, visando a obtenção do consenso em qualquer tema submetido ao órgão deliberativo do COPISS poderá ser realizada consulta a todos os interessados, através de resposta a solicitação feita pelo órgão deliberativo do COPISS ou pelo Grupo de Trabalho Coordenador no sítio da ANS na internet.
§2º Não havendo consenso, deverão ser encaminhadas à Diretoria de Desenvolvimento Setorial as diferentes propostas apresentadas, com as justificativas das mesmas.

Seção II
Do Modelo de Solicitação de Alteração do Padrão TISS (SOP-TISS)

Art. 18. Qualquer solicitação de alteração do padrão TISS deverá ser encaminhado ao COPISS através de modelo de solicitação de alteração do padrão TISS (SOP-TISS).
Parágrafo único. Caberá ao Grupo de Trabalho Coordenador elaborar, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua instalação, o modelo de solicitação de alteração do padrão TISS (SOP-TISS), a ser publicado em Instrução Normativa da DIDES.
Art. 19. Qualquer interessado na padronização da troca de informações em saúde, sem representatividade no COPISS, poderá encaminhar sugestões para apreciação mediante preenchimento do modelo SOP-TISS.
Art. 20. Ficam vedadas modificações no padrão TISS em um período inferior a 360 dias, após o prazo previsto no art. 5º, parágrafo 1º, da Resolução Normativa 114, salvo se por motivo de força maior.
Art. 21. As modificações serão avaliadas sob critérios que visem:
I - redução de custos administrativos;
II - aumento da eficiência, eficácia e efetividade da atenção à saúde;
III - integração dos sistemas de informação em saúde adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, ou demais órgãos/autarquias relacionadas com os serviços de saúde;
IV - harmonização com os padrões nacionais e internacionais, elaborados pelas organizações produtoras de padrão de informação em saúde.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Estatuto serão dirimidos pela DIDES.
Art. 23. A atuação dos membros efetivos e suplentes do órgão deliberativo máximo do COPISS, do coordenador, dos membros dos grupos de trabalho, as secretária técnica, dos consultores, convidados, membros “ad hoc”, e de qualquer um que venha a colaborar com o COPISS não será remunerada.
Art. 24. Caberá ao COPISS, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua instalação, a elaboração de seu Regimento Interno.
Art. 25. Fica revogada a Instrução Normativa IN DIDES nº 19 de 22 de fevereiro de 2006.
Art. 26. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ LEONCIO DE ANDRADE FEITOSA
Diretor de Desenvolvimento Setorial

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 38, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009[1]

Altera o art. 1º, §4º da Instrução Normativa nº 34, de 13 de fevereiro de 2009 e prorroga o prazo previsto no art. 2º, §1º da Instrução Normativa nº 34, de 13 de fevereiro de 2009.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, no uso de suas atribuições regulamentares previstas no art. 23, incisos I, VII e IX, da RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004 resolve:

Art. 1º As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, versão 1.01, para codificação de procedimentos médicos.
Parágrafo único. O Anexo desta Instrução Normativa, com a nova versão da tabela TUSS, estará disponível para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.
Art. 2º A TUSS será adotada de forma gradual.
I - As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão apresentar a TUSS para procedimentos médicos à rede credenciada até noventa dias após a data de publicação desta Instrução Normativa.
II - Apresentada a TUSS para procedimentos médicos, os prestadores de serviço de saúde terão 90 (noventa) dias para adaptar suas guias TISS.
III - Após o prazo definido no inciso II deste artigo, tanto a operadora de plano privado de assistência à saúde quanto o prestador de serviço terão mais sessenta dias para adaptação dos processos de envio e recebimentos das guias no padrão TISS, codificadas com a TUSS.
§1º Enquanto a apresentação a que se refere o inciso I não for efetivada, o prestador de serviço de saúde credenciado não poderá enviar as guias no Padrão TISS com códigos TUSS sem que haja prévio acordo com a operadora de plano privado de assistência à saúde.
§2º Após o prazo definido no inciso III deste artigo, a operadora de plano privado de assistência à saúde poderá se recusar a receber a guia TISS caso esta não esteja codificada de acordo com a TUSS.
§3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços de saúde que já utilizam a tabela baseada na TUSS não deverão alterar os seus processos.
Art. 3º Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Interino

[1] Publicada no DOU em 13/11/2009, seção 1, p. 40.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 40, DE 27 DE ABRIL DE 2010(*) [1]

Altera a Instrução Normativa - IN nº 22, de 16 de novembro de 2006, para suspender a exigência da aplicação do Código Internacional de Doenças - CID nas guias de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS, em decorrência de decisão judicial.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, em decorrência da sentença prolatada pelo MM. Juiz Federal Substituto da 16ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, Dr. Rafael de Souza Pereira Pinto, nos autos da Ação Civil Pública nº 2007.51.01.022606-4, impetrada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ em face da ANS, que determinou que a ANS suspendesse a exigência da aplicação do Código Internacional de Doenças - CID nas guias de TISS, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN altera a IN nº 22, de 16 de novembro de 2006, que dispõe, em especial, sobre o padrão de conteúdo e estrutura das guias de Troca de Informação em Saúde Suplementar - TISS.
Art. 2º O Anexo I da IN nº 22, de 16 de novembro de 2006, passa a vigorar nos termos do Anexo I da presente IN, disponível para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet http://www.ans.gov.br.
Parágrafo único: Fica vedada a exigência por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, em quaisquer circunstâncias, o preenchimento dos seguintes campos:
I - Na guia de consulta:
a) 28-CID 10 Principal;
b) 29-CID 10 (2);
c) 30-CID 10 (3); e
d) 31-CID 10 (4).
II - Na guia de SP/SADT:
a) 23-CID 10 Principal.
III - Na guia de solicitação de internação:
a) 30-CID 10 Principal;
b) 31-CID 10 (2);
c) 32-CID 10 (3); e
d) 33-CID 10 (4).
IV - Na guia de resumo de internação:
a) 37-CID 10 Principal;
b) 38-CID 10 (2);
c) 39-CID 10 (3); e
d) 40-CID 10 (4).
Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 4º Esta Instrução Normativa vigorará enquanto produzir efeitos a sentença prolatada pelo Juízo da 16ª Vara Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, nos autos da Ação Civil Pública nº 2007.51.01.022606-4.

MAURICIO CESCHIN
Diretor de Desenvolvimento Setorial

(*) Republicada no DOU em 05/05/2010, seção 1, p. 40, por ter saído, no DOU nº 82 de 03/05/2010, seção 1, p. 76, com incorreção no original.
[1] Publicada no DOU em 03/05/2010, seção 1, p. 76.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 50, DE 25 DE SETEMBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS; e revoga a Instrução Normativa nº 46, de 25 de março de 2011, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 29 da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012; e os art. 76, inciso I, alínea "a", e 85, inciso I, alínea "a", ambos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; estabelece procedimentos para a geração, validação, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do SIB/ANS; e revoga a IN nº 46, de 25 de março de 2011, da DIDES.

Parágrafo único. As definições de que trata o art. 2º da Resolução Normativa nº 295, de 9 de maio de 2012, são aplicadas para fins desta IN.

Art. 2º O envio de dados cadastrais de beneficiários para a ANS será efetuado somente por meio do SIB/ANS, em formato XML.

§1º O envio de dados cadastrais de beneficiários deve atender às especificações de formato, tamanho e domínio dos campos de dados, definidas nos arquivos XSD (XML Schema Definition) previstos nesta norma, sob pena de os arquivos serem rejeitados.

§2º A rejeição de um arquivo de atualização de dados (SBX) caracteriza o não envio das informações contidas nesse arquivo.

Art. 3º As orientações para o envio de dados cadastrais de beneficiário, o aplicativo de transmissão dos arquivos em formato XML e os arquivos XSD encontram-se à disposição no endereço eletrônico da ANS: www.ans.gov.br.

Art. 4º O Anexo I desta IN define a obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados para cada procedimento de atualização cadastral previsto nesta norma.

Art. 5º O Anexo II desta IN define o calendário de envio e de retirada dos arquivos que compõem o processo de atualização cadastral.

CAPÍTULO II
DAS REGRAS DE IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Seção I
Das Disposições Gerais Sobre as Regras de Identificação de Beneficiário

Art. 6º Os dados de identificação pessoal, de identificação de endereço e de identificação contratual compõem o registro de vínculo de cada beneficiário na base de dados das operadoras na ANS, da seguinte forma:

I - dados de identificação pessoal:

a) Código de Controle Operacional (CCO);

b) código de identificação do beneficiário na operadora;

[1] Publicado no DOU em 26/09/2012, seção 1 p. 41.

c) nome do beneficiário;
d) data de nascimento do beneficiário;
e) código de sexo do beneficiário;
f) número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF) do beneficiário;
g) número de inscrição no Programa de Integração Social (PIS) ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) ou Número de Identificação do Trabalhador (NIT);
h) nome da mãe do beneficiário;
i) número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário;
j) número da Declaração de Nascido Vivo para os beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010; e
k) código de identificação do beneficiário titular na operadora, para beneficiários informados como dependentes (não-titulares);
II - dados de identificação de endereço:
a) indicação de endereço residencial ou profissional;
b) logradouro do beneficiário;
c) número do logradouro;
d) complemento do logradouro;
e) bairro;
f) código do município do logradouro indicado, sem o dígito verificador;
g) Código de Endereçamento Postal (CEP);
h) indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior; e
i) código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional;
III - dados de identificação contratual:
a) número de registro do plano na ANS (RPS);
b) código do cadastro do plano na ANS (SCPA);
c) número do registro do plano de origem no RPS, nos casos de portabilidade;
d) data de contratação do plano;
e) data de cancelamento do plano;
f) código do motivo do cancelamento do plano;
g) data de reativação do plano;
h) indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária (CPT);
i) indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura;
j) número no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da pessoa jurídica contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão;
k) número no Cadastro Específico do INSS (CEI) do contratante do plano coletivo empresarial ou do plano coletivo por adesão; e
l) relação de dependência.

Seção II
Do Preenchimento dos Dados de Identificação Pessoal do Beneficiário

Art. 7º A operadora deve preencher os dados de identificação pessoal do beneficiário da seguinte forma:
I - para titulares menores ou maiores de 18 (dezoito) anos:
a) são de preenchimento obrigatório:
1. CCO;
2. código de identificação do beneficiário na operadora;
3. nome do beneficiário;
4. data de nascimento do beneficiário;
5. código de sexo do beneficiário;
6. número do CPF do beneficiário; e
7. número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
b) são de preenchimento restritivo, ou seja, deverá ser preenchido pelo menos um dos campos a seguir, sob pena de rejeição do registro de vínculo do beneficiário:
1. nome da mãe do beneficiário;
2. número de inscrição no PIS ou no PASEP ou NIT.

c) é de preenchimento opcional o número da Declaração de Nascido Vivo para os beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010.
II - para dependentes maiores de 18 (dezoito) anos:
a) são de preenchimento obrigatório:
1. CCO;
2. código de identificação do beneficiário na operadora;
3. nome do beneficiário;
4. data de nascimento do beneficiário;
5. código de sexo do beneficiário;
6. número do CPF do beneficiário;
7. código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes (não-titulares); e
8. número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
b) são de preenchimento restritivo, ou seja, deverá ser preenchido pelo menos um dos campos a seguir, sob pena de rejeição do registro de vínculo do beneficiário:
1. nome da mãe do beneficiário;
2. número de inscrição no PIS ou no PASEP ou NIT).
III - para dependentes menores de 18 (dezoito) anos:
a) são de preenchimento obrigatório:
1. CCO;
2. código de identificação do beneficiário na operadora;
3. nome do beneficiário;
4. data de nascimento do beneficiário;
5. código de sexo do beneficiário;
6. código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes (não-titulares);
7. número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário.
b) são de preenchimento restritivo, ou seja, deverá ser preenchido pelo menos um dos campos a seguir, sob pena de rejeição do registro de vínculo do beneficiário:
1. nome da mãe do beneficiário;
2. número do CPF do beneficiário; e
3. número de inscrição no PIS ou no PASEP ou NIT.
c) é de preenchimento opcional o número da Declaração de Nascido Vivo para os beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010.
§ 1° O campo "Código de Controle Operacional - CCO" não deve ser preenchido nos procedimentos de inclusão de beneficiário no SIB/ANS.
§2º A operadora deve informar o "código de identificação do beneficiário titular" para todos os respectivos dependentes, maiores ou menores de dezoito anos.

Seção III
Do Preenchimento dos Dados de Identificação de Endereço do Beneficiário

Art.8º A operadora deve preencher os dados de identificação de endereço do beneficiário da seguinte forma:
I - para residentes no território brasileiro:
a) indicação de endereço residencial ou profissional;
b) logradouro do beneficiário;
c) número do logradouro;
d) complemento do logradouro;
e) bairro;
f) código do município do logradouro indicado, excluído o dígito verificador;
g) CEP;
h) indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior; e
i) código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional.
II - indicação de residência do beneficiário no exterior, quando ocorrer.

§1º A informação de código do município deve ser preenchida em conformidade com o constante da tabela de códigos de municípios, elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), excluído o dígito verificador.
§2º A operadora deve informar o código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja o endereço profissional.

Seção IV
Do Preenchimento dos Dados de Identificação Contratual do Beneficiário

Art.9º A operadora deve preencher os campos de identificação contratual do beneficiário da seguinte forma:
I - para o tipo de contratação individual/familiar:
a) número do RPS ou SCPA;
b) data de contratação do plano;
c) data de cancelamento do plano;
d) código do motivo do cancelamento do plano;
e) data de reativação do plano;
f) indicação de existência de CPT;
g) indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura;
h) relação de dependência; e
i) número do RPS do plano de origem (nos casos de portabilidade).
II - para o tipo de contratação coletivo empresarial:
a) número do RPS ou código do SCPA;
b) data de contratação do plano;
c) data de cancelamento do plano;
d) código do motivo do cancelamento do plano;
e) data de reativação do plano;
f) indicação de existência de CPT;
g) indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura;
h) número no CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo empresarial;
i) número no CEI do contratante do plano coletivo empresarial; e
j) relação de dependência.
III - para o tipo de contratação coletivo por adesão:
a) número do RPS ou SCPA;
b) data de contratação do plano;
c) data de cancelamento do plano;
d) código do motivo do cancelamento do plano;
e) data de reativação do plano;
f) indicação de existência de CPT;
g) indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura;
h) número no CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão;
i) número no CEI do contratante do plano coletivo por adesão;
j) relação de dependência; e
k) número do RPS do plano de origem (nos casos de portabilidade).
§ 1° Os campos "data de cancelamento do plano", "código do motivo do cancelamento do plano" e "data de reativação do plano" não devem ser preenchidos nos procedimentos de inclusão de beneficiário no SIB/ANS.
§2º A operadora deve informar o campo "número do registro do plano na ANS - RPS" quando se tratar de plano contratado após 1º de janeiro de 1999, ou informar o campo "Código do cadastro do plano na ANS - SCPA" quando se tratar de plano contratado até 1º de janeiro de 1999.
§3º O campo "Número do registro do plano origem RPS" deve ser preenchido nos casos de portabilidade de carências estabelecido pela RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009.

CAPÍTULO III
DA ATUALIZAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS DE BENEFICIÁRIOS

Seção I
Das Regras Gerais de Envio de Dados Cadastrais ao SIB/ANS

Art. 10. O envio de dados cadastrais de beneficiários e as respectivas atualizações mensais observarão o calendário de eventos do Anexo II desta Instrução Normativa, e o que se segue:
I - a periodicidade para o envio de arquivo SBX é mensal;
II - no primeiro envio, a operadora deve encaminhar para a ANS arquivo SBX contendo a totalidade de beneficiários ativos existentes em sua carteira ou a informação de inexistência de beneficiários; e
III - nos envios mensais subsequentes, a operadora deve enviar arquivo SBX contendo as informações de atualização mensal, informando os procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação de beneficiários ocorridos na respectiva competência mensal ou a informação de inexistência dos mesmos.
§1º A operadora que não possua beneficiários ativos em seu cadastro deve informar essa situação por meio de arquivo de atualização com o código da mensagem "NAO EXISTEM BENEFICIARIOS CADASTRADOS".
§2º A operadora que possua beneficiário ativo em seu cadastro,mas que não teve atualizações nos dados cadastrais dos beneficiários,deve informar essa situação por meio de arquivo de atualização com o código da mensagem "NAO HOUVE ATUALIZACAO DE DADOS BENEFICIARIOS NA COMPETENCIA".
Art. 11. Finalizado o envio do arquivo SBX com êxito, o aplicativo de transmissão disponibilizará protocolo especificando que a operação de transmissão foi realizada.
§1º O protocolo de transmissão do arquivo SBX certifica apenas a transmissão dos dados da operadora e sua recepção pela ANS.
§2º Após a recepção do arquivo SBX, estes serão submetidos a um conjunto de críticas, o que pode ocasionar a rejeição, no todo ou em parte, dos registros de dados de um ou mais beneficiários contidos no arquivo.

Seção II
Dos Procedimentos Para a Atualização de Dados Cadastrais no SIB/ANS

Art. 12. Os procedimentos que orientam a atualização dos dados cadastrais de beneficiário pela operadora são:
I - procedimento de inclusão: refere-se ao envio, pela operadora,de registro de dados de beneficiário que não existia anteriormente no cadastro de beneficiários da operadora na ANS;
II - procedimento de retificação: refere-se à correção, alteração ou complementação de dados cadastrais no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, decorrente de erro de informação, mudança de endereço, complementação de informações do registro de dados ou outras alterações dos dados cadastrais;
III - procedimento de mudança contratual: refere-se à alteração de dados contratuais do beneficiário no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, decorrente de:
a) migração de plano - mudança de plano anterior à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para plano posterior à Lei nº 9.656, de 1998;
b) adaptação de plano - adaptação de plano contratado até 1º de janeiro de 1999 às regras de plano contratado após 1º de janeiro de 1999;
c) mudança de plano - mudança de plano contratado após 1º de janeiro de 1999 para outro plano contratado após 1º de janeiro de 1999; e
d) portabilidade de carência, nos casos de portabilidade entre planos da mesma operadora, na forma estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009.
IV - procedimento de cancelamento de beneficiário: refere-se à mudança da situação do registro de dados do beneficiário de ativo para inativo no cadastro de beneficiários da operadora na ANS, quando a relação contratual entre o beneficiário e a operadora não estiver mais em vigor; e
V - procedimento de reativação de beneficiário: refere-se à mudança da situação do registro de dados do beneficiário de inativo para ativo no cadastro de beneficiários da operadora na ANS.
§1º No procedimento de inclusão, a chave primária do registro de beneficiário é composta pelos 6 (seis) dígitos do registro da operadora na ANS e pelo código de identificação do beneficiário na operadora, concatenados nessa ordem.

§2º Nos procedimentos de retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação, a chave primária do registro de beneficiário é o CCO.
§3º Nos procedimentos de retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação de registro de beneficiário, a atualização dos dados é feita por meio da sobreposição dos conteúdos de cada campo pelos dados atualizados pela operadora, desde que processados com sucesso.
§4º Para cada procedimento, a operadora deve respeitar as obrigatoriedades e críticas de preenchimento dos campos definidas nesta IN, em seu Anexo I e no documento "Críticas de campos de dados cadastrais" disponível no endereço eletrônico da ANS.
§5º Os procedimentos para atualização dos dados cadastrais dos beneficiários serão processados com sucesso desde que os dados de identificação pessoal, de endereço e contratual estejam preenchidos de forma correta e consistente, nos termos desta IN.
Art. 13. Nos casos de alteração do campo "código de identificação do beneficiário na operadora", a atualização deve ser feita por meio do procedimento de retificação e, no mesmo procedimento, a operadora deve informar o novo código atribuído pela operadora ao beneficiário.
Art. 14. O campo "data de contratação do plano" deve ser preenchido nos procedimentos de inclusão, retificação ou mudança contratual, nos termos deste artigo:
I - no procedimento de inclusão, o campo "data de contratação do plano" é referente à data de adesão do beneficiário ao plano da operadora;
II - no procedimento de retificação, o campo "data de contratação do plano" é referente à correção ou complementação de data de contratação do plano já informada ao SIB/ANS;
III - no procedimento de mudança contratual, o campo "data de contratação do plano" é referente à data em que o beneficiário realizou uma migração, adaptação de plano, mudança de plano ou portabilidade de carência entre planos da mesma operadora; e
IV - o campo "data de contratação do plano" não se aplica aos procedimentos de cancelamento ou de reativação.
Art. 15. É permitida a inclusão de beneficiário com tipo de contratação individual/familiar, para planos contratados até 1º de janeiro de 1999, somente nos casos em que se tratar de beneficiário dependente de um beneficiário titular no mesmo plano, inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, nos termos do §5º do art.35 da Lei n° 9.656, de 1998.
Art. 16. É permitida a inclusão de beneficiário com tipo de contratação coletivo para planos contratados até 1º de janeiro de 1999, somente nos casos de titulares ou dependentes inseridos em planos cujo CNPJ ou CEI do contratante do plano estiver devidamente preenchido no SIB/ANS.

Seção III
Do aplicativo de transmissão e da formatação dos arquivos

Art. 17. A troca de informações entre a operadora e a ANS pelo SIB/ANS deve ocorrer por meio de arquivos XML, em formato definido por schemas XSD.
§1º O arquivo de atualização de dados (SBX), o arquivo de resultado do processamento (RPX) e o arquivo de conferência (CNX) são os arquivos de troca de informações.
§2º Encontram-se disponíveis no endereço eletrônico da ANS os schemas XSD dos arquivos de troca de informações.
§3º A geração de arquivos de atualização de dados deve observar as instruções contidas nos schemas XSD e as orientações estabelecidas nesta IN, e seus anexos, e as informações disponíveis no endereço eletrônico da ANS.
Art. 18. O aplicativo de transmissão deve ser utilizado pela operadora para transmitir o arquivo de atualização para o SIB/ANS.
§1º Encontra-se disponível no endereço eletrônico da ANS o aplicativo de transmissão do SIB/ANS.
§2º As operadoras devem acompanhar as mudanças de versão do aplicativo de transmissão e utilizar a versão mais atual disponível no endereço eletrônico da ANS.

Seção IV
Da geração, validação e transmissão dos arquivos de dados.

Art. 19. O arquivo SBX é gerado em formato XML, identificado por 24 (vinte e quatro) caracteres no formato XXXXXXAAAAMMDDHHmmSS. SBX, onde XXXXXX corresponde ao número de registro

da operadora na ANS, AAAA ao ano de geração do arquivo, MM ao mês, DD ao dia, HH à hora, mm aos minutos e SS aos segundos relativos à data e horário da geração do arquivo e extensão "SBX".
§1º As operadoras devem encaminhar pelo menos um arquivo SBX por competência, sendo facultado o envio de mais de um arquivo por competência, sem limite máximo de total de arquivos, desde que sejam respeitados os parâmetros estabelecidos nesta IN.
§2º Os arquivos SBX gerados, validados e transmitidos para a ANS devem ter identificação individualizada sob pena de serem rejeitados e considerados como não envio da informação de atualização cadastral de beneficiários.
§3º O arquivo SBX não excederá 100.000 (cem mil) procedimentos de atualização cadastral de beneficiários.
§4º Caso a quantidade de procedimentos de atualização exceda 100.000 (cem mil), a operadora deve gerar tantos arquivos SBX quantos forem necessários para o envio das informações, e obedecendo às disposições desta IN.
Art. 20. Os arquivos de atualização de dados de beneficiário são processados à medida que são recepcionados pela ANS.
Parágrafo único. O envio de arquivos e o conteúdo de cada arquivo devem obedecer a uma sequência coerente de procedimentos de atualização.
Art. 21. O preenchimento e a validação dos campos de dados e as respectivas mensagens de erro são definidos no documento "Críticas de campos de dados cadastrais" disponível no endereço eletrônico da ANS.
Art. 22. A validação dos arquivos de atualização de dados a serem transmitidos para a ANS ocorrerá em duas etapas:
I - antes do envio, o aplicativo de transmissão realizará a validação do nome, da estrutura e do formato do arquivo e do seu conteúdo e, caso não seja validado, o arquivo não será transmitido para a ANS; e
II - após o envio, ao ser processado pela ANS, ocorrerá a validação da consistência e da coerência das informações contidas no arquivo e os procedimentos com informações inconsistentes ou incoerentes serão rejeitados.
Parágrafo único. No cabeçalho do arquivo, o campo "de origem" deve ser preenchido com o número de registro da operadora, e o campo "de destino" deve ser preenchido com o número do CNPJ da ANS, sob pena de o arquivo não ser validado.

Seção V
Do Controle do Processamento do SIB/ANS

Art. 23. O controle da atualização das informações do SIB/ANS é efetuado pelas críticas do processamento do arquivo SBX, pelo arquivo RPX e pelo arquivo CNX.
Art. 24. O arquivo RPX de que trata o art. 2°, inciso IV, alínea "b", da RN nº 295, de 2012, deve ser analisado obrigatoriamente pelas operadoras.
Art. 25. O arquivo RPX será gerado pela ANS em formato XML identificado por 24 (vinte e quatro) caracteres no formato XXXXXXAAAAMMDDHHmmSS.RPX, onde XXXXXX corresponderá ao número de registro da operadora na ANS, AAAA ao ano, MM ao mês, DD ao dia, HH à hora, mm aos minutos e SS aos segundos relativos à data/horário da geração do arquivo e a extensão ".RPX".
Art. 26. O arquivo RPX é composto por quatro partes, a seguir descritas:
I - a primeira parte, que representa o Protocolo de Atualização Cadastral (PTC), contém o cabeçalho do arquivo e o número identificador do processamento do arquivo SBX;
II - a segunda parte contém os procedimentos de atualização que apresentam incorreções e suas respectivas mensagens de erro;
III - a terceira parte contém os procedimentos de inclusão que foram processados com sucesso, acrescidos dos respectivos CCO atribuídos pelo SIB/ANS para cada registro de vínculo de beneficiário; e
IV - a quarta parte contém o consolidado dos procedimentos de atualização enviados, processados e rejeitados, agrupados por procedimento de atualização.
§1º O download do arquivo RPX será realizado pela operadora por meio do aplicativo Protocolo de Transmissão de Arquivos (PTA) em até 5 (cinco) dias após a recepção do arquivo SBX pela ANS.
§2º Caso o arquivo SBX não obedeça à formatação definida no schema XSD, o arquivo será rejeitado e será gerado o arquivo RPX correspondente, informando a não conformidade.

§3º Os erros identificados no processamento dos arquivos de atualização e registrados nos arquivos RPX correspondentes devem ser corrigidos e enviados pelo SIB/ANS, até a competência subsequente.
§ 4° A rejeição de um procedimento implica a não atualização da informação desse procedimento no SIB/ANS.
Art. 27. A operadora solicitará, pelo endereço eletrônico da ANS, o Arquivo de Conferência (CNX) que indicará a situação atualizada de todos os dados cadastrais de beneficiários da operadora, ativos e inativos, processados com sucesso pela ANS.
§1º A geração do arquivo CNX, nos termos do *caput*, ocorrerá em até 20 (vinte) dias a partir da solicitação da operadora, limitando-se a uma solicitação de arquivo CNX por competência mensal.
§2º O arquivo CNX será gerado com tamanho máximo de 500.000 (quinhentos mil) registros de vínculos de beneficiários.
§3º O arquivo CNX será identificado por 27 caracteres no formato ArqConfXXXXXXMMAAAAYYZZ.CNX, onde XXXXXX corresponderá ao número de registro da operadora na ANS, MM ao mês e AAAA ao ano relativos à geração do arquivo, YY à quantidade total de arquivos gerados e ZZ ao número sequencial do arquivo e a extensão ".CNX".
§4º O download do arquivo CNX será realizado pela operadora, por meio do aplicativo PTA.
Art. 28. As operadoras identificarão no arquivo CNX os campos de dados que necessitam ser preenchidos, corrigidos ou complementados para se adequarem a esta norma.

Seção VI
Do Código de Controle Operacional (CCO)

Art. 29. O Código de Controle Operacional (CCO) identifica univocamente cada registro de vínculo de beneficiário no SIB/ANS.
Art. 30. O CCO é atribuído pelo SIB/ANS a todos os registros de vínculos de beneficiários incluídos no Cadastro de Beneficiários do SIB/ANS.
§ 1° O CCO será disponibilizado para as operadoras por meio do arquivo RPX.
§ 2° Nos procedimentos de retificação, mudança contratual, cancelamento ou reativação, a operadora deverá informar o CCO do registro de vínculo de beneficiário.
§3º O Arquivo de Conferência contém a informação do CCO de cada registro de vínculo de beneficiário.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 31. O histórico de versões do SIB/ANS é o instrumento utilizado para registrar, orientar e comunicar as mudanças relacionadas ao aplicativo do SIB.
Art. 32. Os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo Cartão Nacional de Saúde deverão ser informados obrigatoriamente pelas operadoras a partir 1º de janeiro de 2016.[1]
§1º Revogado.[2]
§2º A partir desta data, os dados cadastrais deverão estar em conformidade com o previsto no *caput*, sob pena de os arquivos serem rejeitados.
Art. 33. Os Anexos I e II desta Instrução Normativa estarão disponíveis no endereço eletrônico da ANS: http://www.ans.gov.br.
Art. 34. Revoga-se a Instrução Normativa - IN nº 46, de 25 de março de 2011.
Art. 35. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

BRUNO SOBRAL DE CARVALHO

[1] O *caput* do art. 32 foi alterado, conforme art. 1º da IN/DIDES nº 57/2015.
[2] O § 1º do art. 32 foi revogado, conforme art. 4º da IN/DIDES nº 55/2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 51, DE 9 DE OUTUBRO DE 2012[1]

Regulamenta a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso IX do art. 23, a alínea "a" do inciso I do art. 76 e a alínea "a" do inciso II do art. 85, todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e considerando o disposto no parágrafo único do art. 4º da Resolução Normativa – RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN regulamenta a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012, e institui o Sistema de Gestão do Padrão TISS.
Art. 2º O Sistema de Gestão do Padrão TISS é o ambiente virtual que dispõe e atualiza o Padrão TISS, disponível para acesso no endereço eletrônico da ANS na internet - www.ans.gov.br.
Art. 3º Em contingência ao Sistema de Gestão do Padrão TISS a ANS disponibilizará o Padrão TISS em arquivos no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
Art. 4º A adoção do Padrão TISS será realizada conforme a versão vigente disponível no Sistema de Gestão do Padrão TISS e será obrigatória a partir de 01 de dezembro de 2013.
Parágrafo único. É facultado às operadoras adotarem o Padrão TISS de que trata a RN nº 305, de 09 de outubro de 2012 e a presente IN antes da data limite disposta no *caput*.
Art. 5º Revogam-se as Instruções Normativas nº 22, de 16 de novembro de 2006; 29, de 20 de fevereiro de 2008; 34, de 13 de fevereiro de 2009; 42, de 9 de junho de 2010; 43, de 20 de agosto de 2010; 44, de 9 de setembro de 2010; e 45, de 15 de outubro de 2010, todas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES.
Parágrafo único. A revogação de que trata este artigo opera sem prejuízo da aplicação do disposto nos parágrafos do art. 32 da RN nº 305, de 09 de outubro de 2012.
Art. 6.º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

BRUNO SOBRAL DE CARVALHO
DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

[1] Publicado no DOU em 10/10/2012, seção 1 p. 37.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 52, DE 21 DE MARÇO DE 2013.[1]

Define as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 7º, inciso II, e 9º, incisos III e IV, da Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011; o artigo 23, inciso IV, o artigo 76, inciso I, alínea "a", e o artigo 85, inciso I, alínea "a", todos da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1° Esta Instrução Normativa - IN define as regras para a divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde em seus materiais de divulgação da rede assistencial.

Parágrafo único. A divulgação da qualificação dos prestadores de serviços, objeto da presente IN, compreende a divulgação dos dados cadastrais referentes aos prestadores, com a respectiva padronização da informação, e a divulgação dos atributos da qualificação, especificados no art. 5º da RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, que instituiu o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar.

Art. 2º As regras disciplinadas nesta IN se aplicam tanto ao material impresso quanto ao meio eletrônico de divulgação que contenham os prestadores de serviços pertencentes às redes assistenciais das operadoras, ficando definidos os seguintes termos:

I - material impresso de divulgação da rede assistencial: todo aquele voltado à divulgação da rede para os beneficiários, como o guia de prestadores de serviços em saúde e/ou similares, e o material de publicidade em que esteja identificado o prestador, seja por meio de folder, cartaz, outdoors ou similares; e

II - meio eletrônico de divulgação da rede assistencial: todo aquele que a operadora venha a disponibilizar ao público na Internet, tais como: endereço eletrônico, mídias, mensagens de correio eletrônico, redes sociais e similares.

Art. 3º Todos os prestadores de serviços que façam parte da rede assistencial da operadora, sejam próprios, contratados, credenciados, cooperados ou referenciados, incluindo a rede de contratação indireta, deverão ter as suas informações divulgadas nos termos e na forma desta IN.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 4º Os dados referentes à qualificação dos prestadores de serviços deverão ser divulgados agrupados por município e em, no mínimo, três grupos, quais sejam:

I - prestadores de serviços hospitalares, especificando separadamente urgências e emergências;

II - prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais;

III - profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

§ 1° Somente serão considerados como prestadores de serviços hospitalares, mencionados no inciso I do *caput*, as entidades que forem contratadas para prestar serviço de internação.

§ 2° Os grupos aludidos nos incisos do *caput* devem ser divididos em subgrupos, de acordo com a(s) especialidade(s) ou serviço(s) coberto(s) pela operadora.

§ 3° Cada prestador de serviços deverá ter seus dados divulgados em todos os subgrupos em que for contratado, de acordo com o contrato firmado junto à operadora, nos moldes das regulamentações específicas da ANS que estabelecem os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e os diversos prestadores de serviços.

[1] Publicado no DOU em 22/03/2013, seção 01 p. 43.

Art. 5º Os atributos de qualificação dos prestadores de serviços, especificados no art. 5º da RN n º 267, de 2011, deverão ser divulgados de acordo com a padronização descrita no Anexo desta IN, sempre que autorizados e/ou solicitados pelos próprios prestadores de serviços.
Parágrafo único. Para fins desta IN, quando se tratar do atributo acreditação com a identificação da entidade acreditadora, tanto para prestadores hospitalares quanto para prestadores auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais, descritos nas alínea "a" dos incisos I e II do art. 5º da RN n º 267, de 2011, a divulgação seguirá os seguintes parâmetros:
I - quando se tratar de metodologia de acreditação por níveis, só deverão receber o ícone referente ao atributo aqueles prestadores que atingirem o nível máximo de acreditação; ou
II - quando se tratar de metodologia de acreditação sem níveis, ou seja, não escalonada, a obtenção do certificado de acreditação confere o direito de receber o ícone referente ao atributo.

Seção I
Da Divulgação da Qualificação em Material Impresso

Art. 6º Na divulgação da qualificação dos prestadores de serviços em material impresso, além da observância dos artigos 4º e 5º desta IN, a operadora deve informar:
I - o endereço do prestador, com logradouro, número e bairro;
II - tipo de estabelecimento;
III - nome fantasia do estabelecimento, se houver, além da razão social caso se trate de pessoa jurídica; e
IV - nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, com o número de registro no respectivo Conselho Profissional.
§ 1° O guia impresso de prestadores de serviços e/ou similar deve ser organizado de acordo com o nome comercial e o registro/ cadastro junto à ANS dos planos de saúde que garantem seu atendimento.
§ 2° Deve ser garantido ao beneficiário o direito de receber o guia impresso de prestadores de serviços e/ou similar, sempre que solicitado.
Art. 7º As operadoras deverão reservar um espaço em seu material impresso de divulgação da rede assistencial para conter a descrição pormenorizada dos atributos de qualificação por tipo de prestador, e também uma legenda para os ícones (representação gráfica) de cada atributo, seguindo a classificação definida no art. 4º e as descrições constantes do anexo desta IN.
§1º O material impresso de divulgação da rede, como o guia de prestadores e similares, deve conter as seguintes informações:
I - a descrição pormenorizada dos atributos de qualificação padronizada conforme item A do Capítulo I do Anexo desta IN, acompanhada do seu ícone (representação gráfica) correspondente, devendo tal descrição constar nas páginas iniciais do guia de prestadores, obrigatoriamente, antes do início da lista de prestadores;
II - uma legenda reduzida para os ícones, padronizada nos termos do item B do Capítulo I do Anexo desta IN , localizada a seguir da descrição pormenorizada;
III - os ícones dos atributos de qualificação, de acordo a padronização constante do Capítulo III do Anexo desta IN, a serem inseridos logo abaixo do nome fantasia do estabelecimento, se houver, ou da razão social, ou do nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, de acordo com a classificação do prestador, de maneira que o beneficiário possa identificar claramente a relação do ícone com o prestador.
§2º O material impresso de publicidade está dispensado da legenda para os ícones (representação gráfica) de cada atributo, mas deve conter o ícone do atributo de qualificação que o prestador identificado possua, obedecendo ao padrão definido n capítulo III do Anexo desta IN.
Art. 8º A publicação das informações atualizadas sobre a qualificação dos prestadores de serviços contidas nos materiais impressos de divulgação da rede assistencial das operadoras deverá ser feita, periodicamente, no máximo a cada 12 (doze) meses.
§1º As operadoras deverão incluir na atualização as informações encaminhadas pelos prestadores de serviços com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da publicação.
§2º As informações encaminhadas pelos prestadores durante os 60 (sessenta) dias anteriores a data de publicação deverão ser incluídas na atualização da publicação subsequente.
§3º Deverá constar da publicação a que alude o *caput* deste artigo as informações referentes à validade e à data da publicação, estas informações devem ser colocadas de forma clara e bem visível na capa principal do guia de prestadores e/ou similares..

§4º O material impresso tipo guia de prestadores deve conter a observação, bem legível para o usuário, de que informações mais atualizadas sobre a rede prestadora de sua operadora podem ser acessadas por meio do endereço eletrônico desta na Internet.

Seção II
Da Divulgação da Qualificação em Meio Eletrônico

Art. 9º Na divulgação da qualificação dos prestadores de serviços em meio eletrônico, além da observância dos artigos 4° e 5º desta IN, deverão ser informados a data de atualização dos dados cadastrais e o conteúdo do inciso II do art. 2 º da RN n º 285, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet.
Art. 10. As operadoras deverão reservar um espaço em seu endereço eletrônico na Internet para conter a descrição pormenorizada padronizada pela ANS dos atributos de qualificação, acompanhada do seu ícone (representação gráfica) correspondente, de acordo com a classificação definida no art. 4º e as descrições constantes do capítulo I do Anexo desta IN.
§1º Além das informações previstas no art. 9º, o endereço eletrônico das operadoras na Internet deverá conter as seguintes informações, padronizadas nos termos do Capítulo II do anexo desta IN:
I - a descrição pormenorizada dos atributos de qualificação de acordo com a padronização constante do Capítulo I do anexo desta IN, na qual um ícone (representação gráfica) corresponde a um atributo de qualificação;
II - legenda reduzida para os ícones, padronizada pela ANS, localizada ao final da página da web.
III - O ícone (representação gráfica) correspondente ao atributo de qualificação deve ser colocado logo abaixo do nome fantasia do estabelecimento, se houver, ou da razão social, ou do nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, de acordo com a classificação do prestador, de maneira que o beneficiário possa identificar claramente a relação do ícone com o prestador.
§ 2° A divulgação dos atributos de qualificação da rede de contratação indireta poderá ser feita por meio de hyperlink que leve ao endereço eletrônico da operadora na Internet, com a qual o prestador mantém contratação direta.
§ 3° Os demais meios eletrônicos de divulgação da rede assistencial estarão dispensados da descrição pormenorizada dos atributos de qualificação padronizada pela ANS, mas deverão conter os ícones dos atributos de qualificação que o prestador identificado possua, obedecendo a padronização definida no capítulo II do Anexo desta IN.
Art. 11. A consulta da divulgação da qualificação dos prestadores de serviços a partir do endereço eletrônico da operadora na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todas as informações de qualificação dos prestadores de serviços definidos nesta IN.
Art. 12. A atualização das informações sobre a qualificação dos prestadores de serviços contidas nos meios eletrônicos de divulgação da rede assistencial das operadoras deverá ser feita em até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento das informações do prestador, sem o prejuízo do disposto no §2º do artigo 2º da RN 285, de 2011.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. É de responsabilidade das operadoras conferir a exatidão, a veracidade e a procedência das informações fornecidas por seus prestadores de serviços, antes da inclusão ou exclusão em seus materiais de divulgação da qualificação da rede assistencial.
Art. 14. As operadoras poderão sofrer ações fiscalizatórias, por parte da ANS, sobre os dados referentes à qualificação dos prestadores de serviços incluídos em seus materiais de divulgação da rede assistencial e da forma de divulgação da qualificação dos prestadores de serviços.
Art. 15. As operadoras que deixarem de incluir os atributos de qualificação dos prestadores de serviços em seus materiais de divulgação da rede assistencial no prazo estabelecido, incorrerá em infração tipificada pelo Art. 44-B da RN n º 124, de 30 de março de 2006.
Art. 16. O prazo para a primeira divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras, de acordo com as regras estabelecidas, será de 12 (doze) meses, a contar da data de publicação desta IN.

Parágrafo único. As operadoras com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários deverão obrigatoriamente divulgar os atributos de qualificação por meio eletrônico no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data de publicação desta IN,
mantendo-se o prazo para divulgação em material impresso conforme
descrito no *caput* deste artigo.

Art. 17. Os casos omissos deverão ser submetidos à Diretoria de Desenvolvimento Setorial, que decidirá acerca dos procedimentos a serem adotados.

Art. 18. O anexo desta IN estará disponível para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na internet - www.ans.gov.br.

Art. 19. Esta IN entra em vigor na data de sua publicação.

BRUNO SOBRAL DE CARVALHO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 53, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2014, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº139, de 24 de novembro de 2006.

A Diretora de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, em vista do que dispõem os artigos 22, 22-A da Resolução Normativa - RN nº 139, de 24 de novembro de 2006; e incisos XXIV, XXV e XXVI do Art. 23, incisos XVIII e XIX do artigo 23-A da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, conforme RN nº 354, de 25 de agosto de 2014.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano base de 2014, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange:
I - às fichas técnicas dos indicadores, suas fontes de dados, bem como as metodologias a serem empregadas;
II - à relação dos sistemas de informação e a data de obtenção dos dados necessários para o cálculo dos indicadores;
III - aos critérios a serem utilizados para cálculo do índice de desempenho das dimensões; e
IV - aos prazos e meios pelos quais as operadoras poderão enviar os questionamentos aos resultados preliminares.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Dos Sistemas de Informação Utilizados para o Cálculo dos Indicadores

Art. 2º A captura dos dados necessários para a avaliação de desempenho terá como base os seguintes Sistemas de Informações da ANS e do Ministério da Saúde no dia 30 de abril de 2015:
I - Sistema de Informação de Beneficiários - SIB;
II - Sistema de Informações de Produtos - SIP;
III - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;
IV - Sistema Integrado de Fiscalização - SIF;
V - Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS:
a) dados referentes às características e à situação dos produtos; e
b) dados de rede credenciada; e
VI - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -
CNES.

Seção II
Dos Critérios a Serem Utilizados Para Cálculo do Índice de Desempenho das Dimensões

Art. 3º A ANS não usará qualquer critério de arredondamento dos resultados dos indicadores e de suas respectivas pontuações, assim como dos resultados dos Índices de Desempenho das Dimensões e do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS.
Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, durante o processamento dos dados serão mantidas todas as casas decimais após a vírgula que sucede os números inteiros, advindas dos programas computacionais.

[1] Publicado no DOU em 14/11/2014, seção 01 p. 148.

Art. 4º As operadoras que se encontrarem em uma das seguintes situações ficarão excluídas do cálculo do IDSS, com base no art. 8º da RN nº 139, de 24 de dezembro de 2006:
I - com registro ativo e que não possuem nenhum plano ativo ou plano ativo com comercialização suspensa em todos os meses do ano base;
II - com registro ativo e que não possuem beneficiários em todos os meses do ano base;
III - com registro ativo, mas que não receberam contraprestações pecuniárias e não realizaram pagamentos a prestadores durante todo o ano base de 2014.
Art. 5º Receberá zero no Índice de Desempenho da Dimensão ou em algum de seus indicadores, sendo esse valor incluído no cálculo de seu IDSS, a operadora que:
I - em qualquer dimensão ou em algum de seus indicadores, apresentar inconsistência dos dados necessários ao cálculo do respectivo índice de desempenho;
II - na dimensão atenção à saúde:
a) não enviar dados do SIP referentes a um ou mais trimestres do ano avaliado até 30 de abril de 2015;
b) informar eventos, beneficiários e despesas com valores repetidos (maiores que zero) em dois ou mais trimestres do SIP do ano avaliado; ou
c) informar eventos, beneficiários e despesas com valores iguais a zero em um ou mais trimestres do SIP do ano avaliado; ou
III - na dimensão econômico-financeira, não enviar os dados do DIOPS referentes ao quarto trimestre do ano avaliado, até a data de 30 de abril de 2015.
Parágrafo único. Para efeito do inciso I considera-se inconsistência de dados como aquele que sejam:
I - discrepantes por terem valores atípicos;
II - divergentes em arquivos ou sistemas em que estejam informados;
III - incoerentes; ou
IV - insuficientes.

Seção III
Das Fichas Técnicas dos Indicadores

Art. 5º A alteração de rede hospitalar por substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede hospitalar por redução poderá ser motivada por:
I - interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;
II - interesse exclusivo da entidade hospitalar;
III - encerramento das atividades da entidade hospitalar; ou
IV - rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora de planos de assistência à saúde intermediária, nos casos de contratação indireta.
Art. 6º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, referentes ao ano de 2014, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados encontram-se disponíveis no sítio da ANS, na área do Programa de Qualificação de Operadoras, no endereço http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/programa-ans-de-qualificacao-dasoperadoras
Art. 7º Depois de disponibilizados os resultados preliminares, as operadoras terão quinze dias para enviar os questionamentos.
Parágrafo único. As regras, as informações e o sistema de troca de arquivos entre a ANS e as operadoras sobre o processo de questionamento encontram-se disponíveis no sítio da ANS, na área do Programa de Qualificação de Operadoras, no endereço http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-eavaliacoes-de-operadoras/programa-ans-de-qualificacao-das-operadoras

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 54, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre o protocolo eletrônico de impugnações e recursos de processos administrativos híbridos de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e na Resolução Normativa - RN n° 358, de 27 de novembro de 2014.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, em vista do que dispõem a Resolução Normativa - RN n° 358, de 27 de novembro de 2014, e os artigos 23, inciso I, e 76, inciso I, alínea "a", ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, que instituiu o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS - PERSUS é o sistema informatizado por meio do qual são apresentadas impugnações e interpostos recursos, bem como disponibilizadas as notificações e as intimações referentes ao Ofício ABI, decisões administrativas e cobranças nos processos administrativos híbridos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.[2]

Art. 2° Para fins desta Instrução Normativa, adotam-se as definições da Resolução Normativa - RN n° 358, de 27 de novembro de 2014 e as seguintes:

I - domínio: esfera de ação de conta do PERSUS referente a operadora de plano privado de assistência à saúde - OPS, ativa ou não, ainda que incorporada ou de qualquer outra forma sucedida por outra OPS, à qual o beneficiário estava vinculado na data do atendimento identificado, que delimita os atos que podem ser produzidos e as informações e os documentos que podem ser acessados pela conta do usuário;

II - perfil: conjunto de permissões de acesso ao PERSUS e de uso de seus serviços que podem ser atribuídos a uma conta de usuário; e

III - usuário externo: é o usuário de conta de OPS de acesso ao PERSUS.

Art. 3° As OPS poderão utilizar os seguintes serviços do PERSUS:

I - gerenciamento de contas de usuários;

II - protocolo de impugnações e recursos;[3]

III - consulta a petições protocoladas eletronicamente; e

IV - visualizar e tomar ciência quanto ao conteúdo das notificações e intimações eletrônicas.[4]

Art. 4° O PERSUS poderá ser acessado a partir do endereço eletrônico na Internet http://www.ans.gov.br por usuários previamente credenciados pelas OPS.

Art. 5° As assinaturas digitais de que trata esta norma devem ser realizadas em ambiente exterior ao PERSUS, excepcionada a "Gestão de Contas de Usuários", cuja assinatura e validação ocorrerão exclusivamente por meio do PERSUS. [5]

§ 1° Revogado.[6]

§ 2° Revogado.

CAPÍTULO II
DA GESTÃO DE CONTAS DE USUÁRIOS

Art. 6° As OPS deverão credenciar usuários para acesso e utilização do PERSUS.

---

[1] Publicado no DOU em 01/12/2014, seção 01 p. 34 e 35.

[2] O art. 1º foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIDES nº 58/2015.

[3] Os incisos II e III do art. 3º foram alterados, conforme art. 2º IN/DIDES nº 58/2015.

[4] O inciso IV do art. 3º foi incluído, conforme art. 3º da IN/DIDES nº 58/2015.

[5] O art. 5º foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIDES nº 58/2015.

[6] Os §§ 1º e 2º do art. 5º foram revogados, conforme art. 4º da IN/DIDES nº 58.

Art. 7° São perfis de contas de usuários externos do PERSUS:
I - representante legal: perfil com o domínio referente a uma OPS e dos domínios referentes às OPS por ela incorporadas ou de qualquer outra forma sucedidas que permite realizar as operações de que trata o artigo 10 para administrar as contas de usuários, ressalvado o disposto no § 4° do artigo 8°;
II - gestão de contas: perfil com o domínio referente a uma única OPS que permite realizar as operações de que trata o artigo 10 para administrar as contas de usuários, ressalvado o disposto no parágrafo único do artigo 11 e no § 4° do artigo 8°; e
III - impugnação/recurso em processos híbridos: perfil com domínio referente a uma única OPS que permite protocolar impugnações e recursos em processos híbridos de ressarcimento ao SUS, bem como consultar o que foi protocolado eletronicamente.
Art. 8. Será automaticamente criada uma única conta principal com perfil "representante legal" para cada OPS registrada na ANS.
§ 1° A conta principal poderá ser acessada mediante o login e a senha de acesso geral da OPS aos sistemas da ANS, a qual deverá ser alterada no primeiro acesso ao PERSUS.
§ 2° A conta principal não terá nenhum outro perfil além do tratado no caput deste artigo.
§ 3° Não poderá ser atribuído o perfil "representante legal" a nenhuma outra conta de usuário da OPS além da conta principal.
§ 4° Salvo a alteração de senha, a conta principal não está sujeita a operações de manutenção de conta por usuário da OPS.
Art. 9. O usuário do PERSUS deverá ser titular de certificado digital do tipo A3 válido referente:
I - ao número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da OPS, no caso de usuário com o perfil "representante legal"; ou
II - ao seu próprio número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF, em se tratando dos demais perfis.
Art. 10. São operações de manutenção de conta de usuário:
I - o credenciamento de novo usuário;
II - a alteração de conta de usuário
III - o bloqueio de conta de usuário;
IV - o desbloqueio de conta de usuário;
V - o descredenciamento de conta de usuário; e
VI - o envio de nova senha para usuário.
Art. 11. Para solicitar as operações de que tratam os incisos I a V do artigo 10, o usuário com perfil "representante legal" ou "gestão de contas" deverá preencher, no PERSUS, o Formulário de Gestão de Conta, o qual deverá ser assinado digitalmente por ele.
Parágrafo único. Somente usuário com o perfil "representante legal" poderá realizar as operações de que tratam os incisos II a V do artigo 10 para a manutenção de conta de usuário com o perfil "gestão de contas".
Art. 12. Validada a assinatura digital de que trata o artigo 13:
I - nas hipóteses dos incisos III a V do artigo 10, será concluída a operação de manutenção de conta;
II - no caso do inciso I do artigo 10:
a) será criada conta para o usuário credenciado, cujos perfis ficarão suspensos até a conclusão das assinaturas previstas no artigo 13; e
b) será enviada automaticamente para o endereço de e-mail do usuário da conta em manutenção mensagem com informação do login e da senha provisória; ou
III - em se tratando da operação prevista no inciso II do artigo 10, serão suspensas os perfis da conta em manutenção até a conclusão das assinaturas previstas no artigo 13.
Art. 13. Após o processamento previsto nos incisos II e III
do artigo 12, o usuário da conta em manutenção também precisará assinar o Formulário de Gestão de Conta e o Termo de Confidencialidade e Responsabilidade pelo Acesso e Uso do PERSUS.
Parágrafo único. Validada as assinaturas dos documentos previstas no caput, será concluída a operação de manutenção de conta, liberando-se suas permissões.
Art. 14. O usuário com perfil "representante legal" ou "gestão de contas" poderá solicitar a operação de que trata o inciso VI do artigo 10.
Parágrafo único. Solicitada a operação prevista no caput, será enviada automaticamente para o endereço de e-mail do usuário da conta em manutenção mensagem com informação da nova senha provisória.
Art. 15. As senhas provisórias de que tratam esta norma precisarão ser alteradas no primeiro acesso do usuário ao sistema.

Art. 16. As OPS, por meio de usuários com o perfil "representante legal" ou "gestão de contas", deverão:
I - manter atualizados os dados cadastrais e os perfis de acesso dos usuários da OPS credenciados no PERSUS;
II - bloquear as contas de usuários temporariamente afastados das tarefas relacionadas aos processos administrativos de ressarcimento ao SUS; e
III - descredenciar imediatamente do PERSUS os usuários desvinculados da OPS ou das tarefas relacionadas aos processos administrativos de ressarcimento ao SUS.
Art. 17. Os usuários do PERSUS deverão ter pleno conhecimento das boas práticas e das regras da ANS de confidencialidade e de segurança da informação, e da responsabilidade administrativa, civil e penal pelo acesso e uso indevido de sistemas de informação da Administração Pública.
Art. 18. As senhas de acesso ao sistema são de uso pessoal e intransferível, devendo o usuário garantir sua guarda e sigilo, não sendo oponível em qualquer hipótese, alegação de seu uso indevido.
Art. 19. São de exclusiva responsabilidade da OPS e dos usuários por ela credenciados:
I - o sigilo das chaves privadas das identidades digitais e das senhas de acesso ao PERSUS da OPS e dos usuários por ela credenciados;
II - a conformidade entre os dados informados no PERSUS e os documentos protocolados por meio dele;
III - as condições das linhas de comunicação, o acesso a seu provedor da Internet e a configuração e a adequação de seus equipamentos e programas empregados no acesso e no uso do PERSUS;
IV - a confecção de documentos digitais que não sejam produzidos automaticamente pelo PERSUS e a digitalização de documentos com originais físicos, em conformidade com os requisitos dispostos neste normativo no que se refere ao formato, ao tamanho dos arquivos e à qualidade de seu conteúdo;
V - atestar que eventual cópia digitalizada encaminhada é cópia fiel do original; [1]
VI - verificar periodicamente a existência de notificações e intimações em ambiente eletrônico.[2]

CAPÍTULO III
DO PROTOCOLO ELETRÔNICO DE IMPUGNAÇÕES E RECURSOS E NOTIFICAÇÕES E INTIMAÇÕES ELETRÔNICAS[3]

Art. 20. As impugnações e os recursos dos processos de ressarcimento ao SUS deverão ser protocolados pelas OPS exclusivamente por meio do PERSUS, sem intervenção dos órgãos de protocolo da ANS.
Art. 21. Para impugnar ou recorrer, o usuário da OPS deverá:
I - informar os campos obrigatórios do formulário eletrônico, o que inclui o tipo de petição e o atendimento identificado;
II - anexar a petição de impugnação ou de recurso;
III - anexar os documentos comprobatórios de suas alegações, conforme exemplificado no Anexo V; e
IV - assinar digitalmente a petição e todos os demais documentos encaminhados.
§ 1º A ausência do item descrito no inciso II deste artigo acarretará o não conhecimento da impugnação ou do recurso.
§ 2º As petições de impugnação ou recurso, bem como os respectivos documentos comprobatórios, deverão ser protocoladas separadamente para cada atendimento identificado.
§ 3° Não serão conhecidos pedidos, alegações ou documentos referentes a atendimento identificado diverso daquele informado no formulário eletrônico de que trata o inciso I do caput deste artigo.
Art. 22. A petição de impugnação ou de recurso de que trata o inciso II do artigo 21 deverá observar o modelo exemplificado no Anexo III e conter:
I - a identificação da operadora, com informação de seu nome, do CNPJ e do número de registro na ANS;
II - o número do procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS;
III - indicação do atendimento identificado questionando, informando o tipo, o número, o mês de competência e as datas de início e fim de seu documento de autorização ou de registro;

[1] O inciso IV e V do art. 19 foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIDES nº 58/2015.
[2] O inciso VI do art. 19 foi incluído, conforme art. 3º da IN/DIDES nº 58/2015.
[3] A nomenclatura do Capítulo III foi alterada, conforme art. 2º da IN/DIDES nº 58/2015.

IV - descrição detalhada dos motivos da impugnação ou do recurso, classificados conforme o Anexo IV, com exposição dos fatos e dos fundamentos, bem como indicação do suporte probatório de cada alegação; e
V - os pedidos, conforme exemplos do Anexo III.
Art. 23. Nas impugnações e nos recursos podem ser alegados um ou mais motivos, conforme Anexo IV.
Parágrafo único. A impugnação ou o recurso que contenha motivo de natureza técnica deverá ser acompanhado de laudo de auditoria assistencial, conforme Anexo VIII.
Art. 24. O protocolo de impugnação ou de recurso não atesta a tempestividade do ato.
Art. 25. A devolução de prazo de impugnação ou recurso por razão não reconhecida de ofício pela ANS deverá ser requerida no próprio instrumento de impugnação ou recurso, o qual deverá estar acompanhado da documentação comprobatória de sua causa.
§ 1° Em sendo necessária a devolução de prazo em mais de uma impugnação ou recurso do mesmo processo pela mesma causa, bastará formular o pedido em uma única petição de impugnação ou recurso, devendo ser incluída nas demais petições apenas a remissão à primeira.
§ 2° A ocorrência de indisponibilidade do PERSUS que motive a devolução de prazo de impugnação ou recurso será verificada de ofício pela ANS, independentemente de requerimento ou comprovação pela OPS.
Art. 26. Os arquivos das petições de impugnação ou recurso e de seus anexos deverão ser produzidos pelas OPS, observando o seguinte:
I - formato Portable Document Format - PDF, preferencialmente com conteúdo pesquisável;
II - tamanho não superior a 10 megabytes; e
III - resolução e qualidade que não comprometam a compreensão seu conteúdo.
Art. 27. As OPS deverão encaminhar documentos digitais ou digitalizados para comprovar as alegações formuladas na impugnação ou no recurso.
Parágrafo único. Cada documento comprobatório deve ser enviado na íntegra em um único arquivo, não podendo ser fracionado em mais de um arquivo ou mesclado com outro documento no mesmo arquivo, exceto nas hipóteses de:
I - documentos correlatos, como contrato e seus termos aditivos, os quais poderão ser mesclados no mesmo arquivo.
II - documento com mais de cem páginas, o qual pode ser fracionado em mais de um arquivos, desde que:
a) todos os arquivos sejam identificados como parte do mesmo documento; e
b) cada parte seja numerada e carregada no PERSUS conforme sua ordem no documento.
Art. 28. Serão automaticamente rejeitados os arquivos da petição de impugnação ou do recurso, bem como seus anexos:[1]
I - que não observarem os requisitos de formato e tamanho;
II - sem assinatura digital válida na petição de impugnação ou recurso.
§ 1º Após aceitação dos arquivos carregados, será disponibilizado para o usuário o comprovante do protocolo.
§ 2° Nenhuma alteração de impugnação ou recurso, tampouco nenhuma exclusão ou inclusão de arquivos será possível após a emissão do comprovante de protocolo.
§ 3º Enquanto não for produzido o comprovante do protocolo, a impugnação ou recurso será considerado como não ocorrido.
§ 4º Não serão considerados os documentos e tampouco as cópias que não observarem os demais requisitos previstos nesta Instrução Normativa e na Resolução Normativa - RN n° 358, de 27 de novembro de 2014, ainda que tenham sido validados conforme o caput.
Art. 29. As impugnações e recursos, bem como seus eventuais anexos, comporão anexo eletrônico do procedimento híbrido de ressarcimento ao SUS, o qual integrará os autos físicos por meio de termo de juntada, que listará todas as peças.
Art. 29-A. Qualquer usuário do PERSUS, mencionados no art. 7° desta Instrução Normativa, devidamente cadastrado pela OPS tomará ciência das notificações e intimações eletrônicas.[2]

[1] O caput, o inciso II e o § 1º do artigo 28 foram alterados, conforme art. 2º da IN/DIDES nº 58/2015.
[2] O art. 29-A foi incluído, conforme art. 3º da IN/DIDES nº 58/2015.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 30. As petições referentes ao processo de ressarcimento ao SUS com conteúdo diverso de impugnação e recurso devem ser encaminhadas em papel, informando no envelope de correspondência, além dos dados do remetente, o assunto e o número do processo a que se refere, por um dos seguintes meios:

I - postagem pelos Correios endereçada à Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, endereçado à sede da ANS: Av. Augusto Severo nº 84, 2° andar, CEP 20.021-040, Glória, Rio de Janeiro, RJ - Protocolo Setorial do Ressarcimento ao SUS; ou

II - entrega ao Protocolo Setorial do Ressarcimento ao SUS, no endereço constante no inciso I deste artigo.

Art. 31. Até 5 de janeiro de 2015, as petições de impugnação ou de recurso referentes aos procedimentos de ressarcimento ao SUS devem ser encaminhadas exclusivamente em documentos físicos e cópias físicas de documentos pelos meios previstos nos incisos I e II do artigo 30, observando o disposto nesta norma no que couber.

Art. 32. A partir de 6 de janeiro de 2015, não serão conhecidos impugnações e recursos encaminhados em papel ou por nenhum outro meio que não o PERSUS.

Parágrafo único. As impugnações e recursos encaminhados na forma do inciso II do artigo 30 não serão recebidos pela ANS, sendo certificado o motivo no ato da recusa.

Art. 33. Revogam-se as Instruções Normativas da DIDES n° 37, de 9 de junho de 2009, e n° 47, de 5 de maio de 2011, que dispõem sobre o procedimento eletrônico de ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 34. Os anexos desta Instrução Normativa estarão disponíveis para consulta no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 35. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 56, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A Diretora responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe a alínea "a" do inciso I do art. 76 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e considerando o disposto no art. XX da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN, regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º As regras dispostas nesta IN aplicam-se aos casos de substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, pessoas físicas ou jurídicas, que prestam serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

CAPÍTULO II
DA DIVULGAÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO

Art. 3º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre as substituições de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares de sua rede assistencial, observando os seguintes critérios mínimos:

I - a substituição deverá ser exibida por plano de saúde, apresentando:

a) o nome comercial do plano de saúde;

b) seu Nº de registro na ANS ou seu código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei Nº 9.656, de 3 de junho 1998 (SCPA);

c) prestador de serviços de atenção à saúde não hospitalar que será excluído da rede do plano de saúde, com respectiva a data de término da prestação do serviço; e

d) prestador de serviços de atenção à saúde não hospitalar que substituirá o prestador a ser excluído da rede do plano de saúde, com a respectiva data de início da prestação do serviço.

II - A consulta das substituições da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na Internet deve permitir, de forma combinada ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde previstos nas alíneas "c" e "d" do inciso I deste artigo, que deverão estar de acordo com o disposto na RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

Parágrafo único. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde condicionar o acesso às informações da substituição de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários.

Art. 4º A divulgação da substituição da rede de contratação indireta poderá ser feita por meio de hyperlink que leve ao endereço eletrônico da operadora na Internet, com a qual o prestador mantém contratação direta.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Instrução Normativa ensejará a aplicação da penalidade prevista no art. 74 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

[1] Publicado no DOU em 12/12/2014, seção 01 p. 95.

Art. 6º O disposto nesta Instrução Normativa não exime a operadora de atender aos critérios relativos à divulgação e atualização das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet, conforme disposto na RN nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

Art. 7º Esta Instrução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 59, DE 6 DE OUTUBRO DE 2015[1]

Dispõe sobre o Termo de Cooperação a ser firmado entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, autorizadas pela ANS a adquirir as referências operacionais e o cadastro de beneficiários através de oferta pública, tal como disposto na Resolução Normativa – RN 384, de 04 de setembro de 2015.

Diretora responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso VI, do artigo 8º e o parágrafo único do artigo 13, todos da Resolução Normativa - RN nº 384, de 04 de setembro de 2015; e os incisos I, III, IV, V, VII e IX do artigo 23, a alínea "a", do inciso I, do artigo 76, e alínea "a", do inciso I do artigo 85, todos da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN dispõe sobre o Termo de Cooperação a ser firmado entre a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES e as operadoras de planos privados de assistência à saúde autorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a adquirir as referências operacionais e o cadastro de beneficiários através de oferta pública, conforme previsto pela Resolução Normativa - RN 384, de 04 de setembro de 2015.
Art. 2º Termo de Cooperação irá dispor sobre um conjunto de ações a serem executadas pela DIDES, pela operadora e em conjunto entre as partes.
Art. 3º As ações inerentes à DIDES contemplarão:
I - a análise demográfica e epidemiológica da carteira de beneficiários;
II - a análise estrutural da prestação dos serviços;
III - o estabelecimento de indicadores e parâmetros de estrutura, processo e qualidade de acordo com as características específicas de cada carteira de beneficiários;
IV - o monitoramento periódico dos indicadores estabelecidos para acompanhamento da evolução da carteira; e
V - outras ações a serem estabelecidas no Termo de Cooperação.
Art. 4º As ações inerentes às operadoras contemplarão:
I - a manutenção do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB atualizado, com a identificação dos beneficiários incluídos a partir da aquisição via oferta pública;
II - a participação nos Programas de Incentivo, Apoio e Cooperação Técnica desenvolvidos no âmbito da DIDES/ANS;
III - o encaminhamento periódico à DIDES do relatório com a evolução dos indicadores estabelecidos para monitoramento; e
IV - outras ações a serem estabelecidas no Termo de Cooperação.
Art. 5° As ações realizadas em conjunto entre a DIDES e as operadoras contemplarão:
I - a elaboração de Plano de Ação contendo:
a) os procedimentos e o cronograma proposto para a reorganização da assistência; e
b) as estratégias de financiamento com base nos indicadores, parâmetros e metas estabelecidos a partir da análise da carteira e da rede de prestação dos serviços; e
II - outras ações a serem estabelecidas no Termo de Cooperação.
Art. 6º O não atendimento ao disposto nesta Instrução Normativa ensejará a comunicação à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produto - DIPRO do descumprimento do Termo de Compromisso com a ANS.
Art. 7º Esta Instrução Normativa em vigor na data de sua publicação.

MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

[1] Publicado no DOU em 07/10/2015, seção 1, p. 25.

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

RESOLUÇÃO - RE Nº 1, DE 11 DE MAIO DE 2000[1]

A Diretora de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais e da competência definida nos artigos 22, inciso III; 34, incisos IV e V; e 45, inciso II, alíneas "a" e "d"; da RESOLUÇÃO - RDC nº 01, de 06 de Janeiro de 2.000, publicada no DOU de 07/01/2.000, resolve:

Art. 1º Dar ciência do inteiro teor de seus julgamentos e do procedimento para o recolhimento das multas fixadas nas decisões proferidas em processo administrativo, mediante Notificação à Operadora, acompanhada de CONTRAFÉ do Relatório, Parecer e Decisão, por via postal com AR ou por meio de edital publicado na imprensa oficial, bem como através de publicação desta Decisão na imprensa oficial, em conformidade com o disposto nos Arts. 17 e 21, da Resolução CONSU nº 18, de 23 de Março de 1.999, e Arts. 1º e 2º da RESOLUÇÃO - RDC nº 14, de 30 de Março de 2.000.

Art. 2º O recolhimento da MULTA, retro aludida, deverá ser efetuado à conta da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no Banco do Brasil S/A, sendo a guia de recolhimento preenchida da seguinte forma, consoante determinação disposta no Art. 1º da RESOLUÇÃO RDC nº 14, de 30 de Março de 2.000, publicada no DOU de 31/03/2.000:

1) Preencher à máquina ou letra de forma;
2) no campo "Agência (pref./dv)": 3602- 1;
3) no campo "N° da conta/dv":170.500- 8;
4) no campo "Nome do Cliente", a sigla "ANS" e o nº do Processo a que se refere o Recolhimento;
5) no campo "Em dinheiro R$": importância a ser recolhida, caso o depósito seja feito em dinheiro;
6) no campo "Em cheque R$": importância a ser recolhida, caso o depósito seja feito em cheque;
7) no campo "Depositado por": o nome da Empresa, o CNPJ, o endereço e telefone;
8) no campo "Depósito identificado (código-dv)/Finalidade", registrar: número 25300336213301- 9.

Art. 3º Imediatamente após o recolhimento da MULTA, a Operadora deverá encaminhar a Guia de Depósito autenticada pelo Banco, à Diretoria de Gestão da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), situada na Av. Augusto Severo nº 84, 10º Andar, bairro Glória, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.021-040.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

MARIA STELLA GREGORI
Diretora

[1] Publicada no DOU em 15/05/2000, seção 1, p. 20.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

RESOLUÇÃO - RE Nº 3, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2001[1]

A Diretora de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais e da competência definida nos artigos 24, III; 39, V e 51, II, alínea "a", todos da RESOLUÇÃO - RDC nº 30, de 19 de Julho de 2.000, publicada no DOU de 20 de julho de 2000, resolve:

Art. 1º Fica alterado o modelo de AUTO DE INFRAÇÃO instituído pela RESOLUÇÃO - RE nº 2, Anexo I, de 29 de novembro de 2000, para o modelo constante no Anexo I desta resolução, que deverá ser utilizado no exercício legal da atividade fiscalizadora, conforme previsto no Art. 1º, §1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, quando esta resultar em constatação de violação à lei ou regulamento por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, em conformidade com o disposto no Art. 29 da citada Lei.

Art. 2º O AUTO DE INFRAÇÃO deverá ser lavrado por agente de fiscalização, em duas vias, sendo que a primeira será destinada à instrução do processo administrativo e a segunda será entregue ao autuado, na forma prevista no Art. 8º da Resolução CONSU nº 18, de 23 de março de 1999.

Art. 3º Os AUTOS DE INFRAÇÃO impressos conforme Resolução CONSU 18, de 23 de março de 1999, permanecem em uso até que sejam confeccionados os AUTOS DE INFRAÇÃO conforme modelo ora instituído.

§1º Os anexos desta resolução estarão à disposição para consulta e cópia na página da internet, http://www.ans.gov.br/resol_re.htm.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

MARIA STELLA GREGORI
Diretora

[1] Republicada em 10/01/2002 com aprimoramentos. Publicada anteriormente no DOU de 20/12/2001, seção 1.

ANEXO I

AUTO DE INFRAÇÃO				
Identificação do Autuado (denominação/razão social)				
Nome Fantasia			**CNPJ**	
Endereço				
Município		**UF**	**CEP**	**Telefone**
Data	**Local da Autuação**			

No exercício da fiscalização de que trata a Legislação sobre Saúde Suplementar em vigor, constatou-se que o autuado infringiu os seguintes dispositivos legais: _____
_____
_____
Pela constatação da(s) infração(ões): _____
_____

O autuado terá o prazo improrrogável de 15 (quinze) dias contados da data da ciência da lavratura deste auto de infração para, querendo, apresentar defesa escrita, no endereço abaixo indicado:
( ) AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS, Diretoria de Fiscalização
Av. Augusto Severo, 84 – Glória. - CEP: 20021-040 - RIO DE JANEIRO – RJ
( ) Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização – NURAF. _____
End. _____
( ) Unidade Estadual de Fiscalização – UEFIS._____
End. _____

AUTUANTE:	**AUTUADO:**
NOME: Nº Matrícula: **assinatura/carimbo**	NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: RG Nº: Recebi a 2ª via nesta data ____/____/___ **assinatura/carimbo**

( ) RECUSA do representante legal do autuado em receber o auto de infração.

TESTEMUNHA:

assinatura e identificação

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 1, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2006[1]

Dispõe sobre as atribuições dos NURAF's relacionadas à instrução dos processos administrativos sancionadores.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 29 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no uso das atribuições previstas nos artigos 33, inciso II, 52, inciso IV, e 65, inciso I, letra a, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Os Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização - NURAF's - desempenharão, a partir do mês de dezembro do corrente ano, todos os atos necessários à completa instrução dos processos administrativos sancionadores, observando o disposto nos artigos 2º a 7º e 9º a 21 da Resolução Normativa - RN Nº 48, de 19 de setembro de 2003.

§1º Para os fins do previsto no *caput* deste artigo a completa instrução processual ocorre com a elaboração de parecer e de minuta de decisão para fundamentar o julgamento do processo pelo Diretor de Fiscalização, tendo havido o transcurso do prazo para apresentação da defesa e a realização das diligências pertinentes.

§2º Ficam ressalvados do disposto no *caput* deste artigo apenas os processos eventualmente em trâmite ou enviados aos NURAF's para diligências ou obtenção de informações, inclusive aqueles enviados para anulação e lavratura de novo Auto de Infração, em virtude de parecer da Assessoria de Instrução e Análise da Gerência - Geral de Fiscalização Descentralizada - ASSIA/GGFID; sendo que, uma vez instruídos, deverão ser devolvidos a esta Assessoria para providenciar julgamento pelo Diretor de Fiscalização.

§3º A ASSIA/GGFID permanece com a atribuição de elaborar parecer e minuta de decisão para os processos enviados pelos NURAF's e que constarem em sua carga até final do corrente mês.

Art. 2º Cabe ao chefe do NURAF receber as demandas, distribuir os expedientes e designar o fiscal responsável.

Art. 3º Cabe ao fiscal responsável realizar diligências para apuração dos fatos, em especial, requisitar informação da operadora e encaminhar solicitação de informações às Unidades da ANS, ao beneficiário interessado, ou a prestador de serviço.

Art. 4º Restando caracterizada, após a apuração dos fatos, a inexistência da infração, a reparação imediata e espontânea dos prejuízos ou danos eventualmente causados, a impossibilidade de comprovação de conduta infrativa à Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, ou a natureza coletiva do fato objeto de outro processo em trâmite ou transitado em julgado, o fiscal elaborará relatório sugerindo o arquivamento e encaminhará para análise do chefe do NURAF, que poderá determinar o arquivamento ou devolver o expediente para nova apuração, indicando as diligências necessárias.

§1º Fica facultada ao chefe do NURAF a indicação de servidor com vistas à análise preliminar dos processos com proposição de arquivamento.

§2º Ao decidir pelo arquivamento, o chefe do NURAF providenciará a efetivação do respectivo ato e determinará ao fiscal responsável a sua comunicação aos interessados.

Art. 5º Restando caracterizada, após a apuração dos fatos, a existência de indícios ou provas suficientes da prática da infração, o fiscal elaborará relatório de autuação, lavrará o auto de infração e intimará a operadora para apresentar defesa.

Art. 6º Após o transcurso do prazo para defesa, recebida esta ou não, o fiscal elaborará relatório conclusivo - o qual deverá conter informação sobre a regularidade do processo, a tempestividade da defesa, os fatos novos eventualmente apresentados na defesa, bem como outros elementos que julgar necessários - e encaminhará de imediato o processo ao chefe do NURAF.

§1º Uma vez recebida a defesa e havendo necessidade de nova diligência, se aos autos forem juntados novos documentos sem a ciência prévia da operadora, aplicar-se-á o disposto no artigo 21, parágrafo único, da Resolução Normativa - RN Nº 48, de 2003.

§2º Na hipótese prevista no §1º deste artigo, havendo ou não manifestação da operadora, e após o transcurso do respectivo prazo, o fiscal da autuação encaminhará o processo ao chefe do NURAF para nova análise, podendo, inclusive, sugerir a anulação do auto de infração.

Art. 7º O chefe do NURAF, ou outro servidor por ele indicado e diverso do fiscal da autuação, analisará o processo, encaminhando para a realização de novas diligências ou adotando as providências previstas no artigo 8º.

[1] Publicada no DOU em 29/11/2006 , seção 1, p. 66 .

Parágrafo Único. O servidor indicado para o fim do *caput* deste artigo, ao sugerir novas diligências ou outras providências enviará o expediente ao chefe do NURAF para o devido encaminhamento.

Art. 8º Cabe ao Chefe do NURAF proceder à anulação de Auto de Infração ou à correção de meras irregularidades ou de erros materiais no processo.

§1º Na hipótese de anulação, prevista no *caput* deste artigo, o chefe do NURAF determinará a lavratura de novo auto de infração ao fiscal responsável, ou outro a ser indicado, que intimará a operadora para apresentar nova defesa e realizará todos os atos necessários à devida instrução processual, observando o disposto no artigo 6º.

§2º Uma vez detectadas meras irregularidades ou erros materiais no processo, o chefe do NURAF determinará ou efetuará as medidas saneadoras pertinentes.

Art. 9º Estando o processo devidamente saneado, o Chefe do NURAF ou servidor por ele indicado e diverso do fiscal da autuação, elaborará parecer e minuta de decisão para subsidiar o julgamento do Diretor de Fiscalização, ou da autoridade administrativa que recebeu a delegação prevista no art. 41, V, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004.[1]

§1º O processo, com o parecer e a minuta referida no *caput* deste artigo, deve ser encaminhado pelo chefe do NURAF ao Diretor Adjunto.

§2º O Diretor Adjunto, com o auxílio da Assessoria Técnica - ASTEC, analisará o processo e o enviará para julgamento, ou devolverá ao Chefe do NURAF para as providências de correção ou de complementação de instrução que se mostrarem necessárias.(NR)

Art. 9º-A Na hipótese do julgamento ser proferida com base na delegação prevista no art. 41, V, do Anexo I, da RN Nº 81 de 2004, deverá ser observado o procedimento disposto nos parágrafos deste artigo.[2]

§1º O Chefe do NURAF encaminhará à Diretoria Adjunta o extrato da decisão para ser publicado no Diário Oficial.

§2º Após a publicação no Diário Oficial, o Chefe do NURAF providenciará a intimação da operadora, conforme artigo 25 da Resolução Normativa - RN Nº 48, de 2003.

§3º Transcorrido o prazo de 10 dias, contado da intimação da decisão, conforme previsto no artigo 25, da RN Nº 48 de 2003, o Chefe do NURAF ou servidor por ele indicado certificará nos autos o trânsito em julgado.

§4º Na hipótese do parágrafo anterior, quando não houver multa a ser cobrada, o Chefe do NURAF determinará o arquivamento do processo, ressalvados os casos em que sejam necessárias providências posteriores para a execução da sanção.

§5º Diante da manifestação da operadora para o pagamento da multa, com o desconto previsto no artigo 25-A da RN Nº 48, de 2003, o Chefe do NURAF ou servidor por ele indicado certificará nos autos, e encaminhará os autos à Gerência de Finanças, da Presidência, para emissão de Guia de Recolhimento da União, se a manifestação ocorrer dentro do prazo recursal, ou, caso contrário, dará prosseguimento ao feito.

§6º Transcorrido o prazo de 30 dias, contado da intimação da decisão, conforme previsto no artigo 25, da RN Nº 48, de 2003, sem o recolhimento do valor integral da multa ou requerimento de seu parcelamento, o Chefe do NURAF ou servidor por ele indicado certificará nos autos o transcurso desse prazo, e encaminhará o processo à Gerência de Finanças, da Presidência, para prosseguimento do feito.

§7º Caso a operadora apresente recurso, o Chefe do NURAF o encaminhará à Gerência-Geral de Ajuste e Recurso, para prosseguimento do feito.

Art. 10. Os NURAF's passam a estar vinculados diretamente à Diretoria Adjunta e receberão desta, através da sua Assessoria Técnica e com a colaboração da Gerência de Operações Descentralizadas (GEDES/GGFID), o apoio técnico e administrativo para os fins do disposto nesta Instrução.

Art. 10-A. As atribuições a cargo da ASSIA/GGFID previstas nessa Instrução Normativa serão exercidas pela Gerência-Geral de Ajuste e Recurso, a partir da edição da Resolução Normativa - RN Nº 158, de 29 de junho de 2007. [2]

Art. 11. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor de Fiscalização
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

[1] O *caput* e o §2º do art. 9º estão alterados conforme art 1º da IN/DIFIS nº 04/2007.
[2] O art. 9º passa a vigorar acrescido do art. 9º-A e o art. 10 passa a vigorar acrescido do art 10-A conforme art 2º da IN/DIFIS nº 04/2007.

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 2, DE 11 DE ABRIL DE 2007[1]

Institui o Repertório de Enunciados da Diretoria de Fiscalização.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto nos artigos 3º e 4º, inciso XXIII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no uso das atribuições previstas nos artigos 33, inciso II, 52, incisos I, II, IV, e VII, e 65, inciso I, letra *a* , do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Repertório de Enunciados da Diretoria de Fiscalização que tem por finalidade uniformizar e consolidar o entendimento acerca da interpretação das normas da legislação de saúde suplementar relacionada à atividade de polícia administrativa reguladora, em especial no que diz respeito à aplicação de penalidades e ao processo administrativo sancionador.
Art. 2º O Grupo de Trabalho de Uniformização de Entendimentos – GTUE, constituído pela Portaria/DIFIS/ANS nº 1, de 9 de abril de 2007, fica encarregado de promover o levantamento das questões que envolvem controvérsias relevantes junto aos setores e unidades da diretoria, e de apresentar proposições de enunciados para o fim do disposto no artigo 1º, devendo considerar os pareceres da Procuradoria Federal Junto a ANS eventualmente existentes sobre a matéria, e, sendo o caso, as manifestações das áreas técnicas da ANS.
Art. 3º A presente Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor De Fiscalização

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

[1] Publicada no DOU em 12/04/2007, seção 1, p. 50.

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 3, DE 16 DE MAIO DE 2007[1]

Dispõe sobre o processamento de Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta e a organização da Diretoria Adjunta.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no artigo 29 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nos artigos 3º e 4º, inciso XXIII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no uso das atribuições previstas nos artigos 33, incisos II e III, 52, incisos I, II, IV, e VII, e 65, inciso I, letra a, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Revogado.[2]
Parágrafo único. Revogado
Art. 2º A chefia dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização - NURAF's poderá fazer o juízo da pertinência para celebração de TCAC, quando houver solicitação formal nos autos de processo administrativo sancionador.
§1º Revogado.
§2º Revogado.
Art. 3º A Diretoria Adjunta compõe o gabinete da Diretoria de Fiscalização e é integrada pela Assessoria Especial, Assessoria Técnica, Assessoria de Gestão e Planejamento, Assessoria de Sistema e Informações e pela Coordenação de Infra-estrutura Administrativa e Logística.
Art. 4º Cabe ao Diretor Adjunto, com o auxílio da coordenação da Assessoria Técnica da Diretoria Adjunta, o controle e supervisão direta da atividade-fim dos NURAF's, em especial promovendo as medidas necessárias para o pleno cumprimento do disposto na IN/DIFIS/ANS nº 1, de 2006, e de outros atos emanados pela Diretoria de Fiscalização.
Parágrafo único. A coordenação a que se refere o *caput* deste artigo deve ser exercida por especialista em regulação de saúde suplementar.
Art. 5º A presente Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor de Fiscalização

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

[1] Publicada no DOU em 21/05/2007, seção 1, p. 32.
[2] O art. 1º, § único e os §§1º e 2º do art. 2º estão revogados, conforme art. 11 da IN/DIFIS nº 10.

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 5, DE 9 DE JULHO DE 2007[1]

Institui enunciados para o Repertório de Enunciados da Diretoria de Fiscalização.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto nos artigos 3º e 4º, inciso XXIII, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no uso das atribuições previstas nos artigos 33, inciso IV, 52, incisos I, II, IV, e VII, e 65, inciso I, letra a, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, combinado com a Instrução Normativa/DIFIS/ANS nº 2, de 11 de abril de 2007, resolve:

Art. 1º Ficam instituídos os enunciados de nº 1, 2 e 3, do Repertório de Enunciados da Diretoria de Fiscalização, na forma do Anexo da presente Instrução.
Art. 2º A presente Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor de Fiscalização

ANEXO

REPERTÓRIO DE ENUNCIADOS DA DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

Enunciado nº 1:

"A operadora que não disponibilizar o termo aditivo para proceder à adaptação solicitada pelo consumidor, conforme artigo 35 da Lei nº 9.656/98, sob alegação de não mais comercializar ou de não possuir produto registrado na ANS na respectiva modalidade estará sujeita à penalidade prevista no artigo 67 da Resolução Normativa nº 124/2006."

Enunciado nº 2:

"A operadora pode celebrar com seus consumidores aditivos contratuais ainda que não importem adaptação, desde que as modificações não sejam de tal espécie que desnaturem o contrato original e desde que busquem a aproximação com o sistema instituído pela Lei nº 9.656/98. Esse contrato, objeto do aditivo, continuará sendo considerado como contrato antigo, para todos os efeitos da regulamentação da saúde suplementar."

Enunciado nº 3:

"Infração com efeitos de natureza coletiva é aquela em que a operadora, por meio de uma única conduta infrativa, cause risco de lesão a direito ou a interesse comum de seus consumidores potencialmente atingidos por tal conduta, sendo este conjunto de beneficiários a ser considerado para os fins do disposto no artigo 9º da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 2006, e no artigo 15-A da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 24, de 2000."

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

[1] Publicada no DOU em 10/07/2007, seção 1, p. 22.

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 6, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2007[1]

Dispõe sobre as circunscrições territoriais dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização - NURAF's.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições previstas nos artigos 33, inciso IV, 41, §2º, 52, inciso IV, e 65, inciso I, letra a, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Os NURAF's têm as seguintes circunscrições territoriais:
I) NURAF Bahia: Estados da Bahia e Sergipe;
II) NURAF Ceará: Estados do Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte;
III) NURAF Distrito Federal: Distrito Federal e Estados de Goiás e Tocantins;
IV) NURAF Mato Grosso: Estados do Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia;
V) NURAF Minas Gerais: Estado do Espírito Santo e Estado de Minas Gerais, com exceção das Mesorregiões pertencentes à circunscrição do NURAF Ribeirão Preto/SP e seus respectivos Municípios, segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, e conforme Anexo desta Instrução.[2]
VI) NURAF Pará: Estados do Amapá, Amazônia, Pará e Roraima;
VII) NURAF Paraná: Estados do Paraná e Santa Catarina;
VIII) NURAF Pernambuco: Estados de Alagoas, Paraíba e Pernambuco;
IX) NURAF Ribeirão Preto/SP: Mesorregiões e respectivos Municípios, segundo classificação do IBGE, e conforme Anexo desta Instrução.[3]
X) NURAF Rio de Janeiro: Estado do Rio de Janeiro;
XI) NURAF Rio Grande do Sul: Estado do Rio Grande do Sul; e
XII) NURAF São Paulo: Estado de São Paulo, com exceção das Mesorregiões pertencentes à circunscrição do NURAF Ribeirão Preto/SP e seus respectivos municípios, segundo classificação do IBGE, e conforme Anexo desta Instrução.[4]
Art. 2º Os Municípios integrantes dos Estados de São Paulo e de Minas Gerais não abrangidos pela classificação constante do Anexo desta Instrução, pertencem às circunscrições, respectivamente, do NURAF/SP e NURAF/MG.[5]
Art. 2º-A Por ato do Diretor de Fiscalização poderá ser autorizado auxílio entre diferentes NURAFs, permitindo que determinado NURAF promova todos os atos de processos originados de possíveis infrações praticadas na circunscrição territorial de outro NURAF.[6]
Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor de Fiscalização

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

[1] Publicada no DOU em 22/11/2007, seção 1 p. 83 e 84.

[2] O inciso V do art. 1º foi alterado conforme art. 1º da IN/DIFIS nº 07/2008. O Anexo da presente normativa deve ser consultado no site da ANS por intermédio do Anexo da IN/DIFIS nº 07/2008.

[3] O inciso IX do art. 1º foi alterado conforme art. 1º da IN/DIFIS nº 07/2008. O Anexo da presente normativa deve ser consultado no site da ANS por intermédio do Anexo da IN/DIFIS nº 07/2008.

[4] O inciso XII do art. 1º foi alterado conforme art. 1º da IN/DIFIS nº 07/2008. O Anexo da presente normativa deve ser consultado no site da ANS por intermédio do Anexo da IN/DIFIS nº 07/2008.

[5] De acordo com o art. 2º da IN/DIFIS nº 07/2008, o Anexo da presente normativa passa a vigorar conforme o Anexo da IN/DIFIS nº 07/2008.

[6] O art. 2º-A foi incluído, conforme art. 1º da IN/DIFIS nº 09/2009.

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 8, DE 23 DE SETEMBRO DE 2008[1]

Dispõe sobre atribuição das chefias dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização – NURAF´s.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto nos artigos 41, V, 52, VIII, 65, inciso I, letra a, do anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, e o previsto no parágrafo único do artigo 22 da Resolução Normativa - RN Nº 48, de 19 de setembro de 2003, resolve:

Art. 1º Ficam as chefias dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização responsáveis pelo julgamento de primeira instância dos processos administrativos sancionadores sob a carga da Gerência Geral de Ajuste e Recurso - GGARE, cumprindo a esta o encaminhamento dos respectivos expedientes por meio de despacho nos autos.

§1º A GGARE, considerando a conveniência para o julgamento do processo pelo Diretor, poderá, excepcionalmente, promover a devida instrução para decisão.

§2º Incluem-se nos expedientes mencionados no *caput* deste artigo aqueles que eventualmente estejam sob a carga de outras áreas da ANS.

Art. 2º A distribuição dos expedientes, para o fim do disposto no artigo 1º, deve observar, preferencialmente, a vinculação do local do fato do processo com a circunscrição territorial do NURAF respectivo.

Parágrafo único. No caso de decisão pela extinção do processo o arquivamento dos autos respectivo se dará no próprio NURAF independente da origem do processo.

Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor de Fiscalização

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

[1] Publicada no DOU em 02/10/2008, seção 2, p. 32.

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 9[1], DE 13 DE ABRIL DE 2009[2]

Altera a Instrução Normativa Nº 6, de 21/11/2007.

O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização - DIFIS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 29 da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e no uso das atribuições previstas nos artigos 33, inciso IV, 52, inciso IV, e 65, inciso I, a, do Anexo I, da Resolução Normativa - RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º A Instrução Normativa - IN Nº 6, de 21 de novembro de 2007, fica acrescida do art. 2º-A: "Art. 2º-A Por ato do Diretor de Fiscalização poderá ser autorizado auxílio entre diferentes NURAFs, permitindo que determinado NURAF promova todos os atos de processos originados de possíveis infrações praticadas na circunscrição territorial de outro NURAF."
Art 2º Os atos do Diretor de Fiscalização de autorização do auxílio previsto no art. 2º-A da Instrução Normativa - IN Nº 6, de 2007 poderão prever a convalidação de atos praticados no sistema de cooperação.
Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO MARCELO DE LIMA SALES
Diretor de Fiscalização

[1] Retificada, conforme publicação no DOU em 16/04/2009, seção 1, p. 40.
[2] Publicada no DOU em 15/04/2009, seção 1, p. 68.

Diretoria de Gestão – DIGES

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE GESTÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 1, DE 10 DE JUNHO DE 2002[1]

Dispõe sobre os procedimentos operacionais do Parcelamento de Débitos tributários e não tributários das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde para com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O Secretário-Executivo, em substituição ao Diretor responsável pela Diretoria de Gestão – DIGES, no uso da competência atribuída pelo art. 6º, combinado com o §2º do art. 61, ambos do regimento aprovado pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, e em conformidade com a Resolução Normativa – RN Nº 4, de 19 de abril de 2002, resolve:

CAPÍTULO I
DO PEDIDO DE PARCELAMENTO

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que optarem por parcelar o montante relativo aos valores devidos à ANS, deverão fazê-lo mediante o encaminhamento do formulário Requerimento de Parcelamento de Débito – RPD, conforme modelo constante do Anexo I.

Parágrafo único. O RPD deverá ser protocolado na sede da ANS, no Rio de Janeiro, ou encaminhado via correio, mediante correspondência registrada à Diretoria de Gestão – DIGES – Av. Augusto Severo, nº 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro – RJ, CEP 20.021-040.

Art. 2º Poderão ser parcelados os pagamentos referentes aos débitos de natureza individual e distinta, abaixo especificados:

I. Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde – TPS;

II. Multas pecuniárias aplicadas por infração à legislação vigente; e

III. Remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante, promovida pela ANS, nos termos do §2º do art. 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Art. 3º Para efeito dos pedidos de parcelamento, deverão ser observadas as seguintes condições:

I. Os débitos de mesma natureza deverão ser somados e integrar o montante global a ser informado no formulário RPD;

II. É vedado agrupar débitos de natureza distintas e diferenciadas em um mesmo RPD;

III. A operadora deverá indicar no RPD o número de parcelas e o respectivo valor para a quitação dos seus débitos, observados o valor mínimo de cada parcela, nos termos do art. 14 da RN Nº 4, de 2002, e o limite máximo de sessenta prestações mensais e sucessivas;[2]

IV. Ao RPD deverá ser anexado documento comprobatório do pagamento da primeira parcela, com base no montante confessado e no número de parcelas pretendido.

V. O RPD será assinado pelo representante legal da operadora cadastrada na ANS, ou por procurador que detenha poderes específicos nos termos da Lei, devendo neste caso, ser juntado ao requerimento o respectivo instrumento de procuração;

VI. Quando se tratar de parcelamento referente à Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde – TPS deverão ser anexados os demonstrativos do número de beneficiários considerado para efeito de cálculo, nos termos dos §§1º e 2º do art. 6º, da Resolução Normativa – RN Nº 7, de 15 de maio de 2002.

CAPÍTULO II
DA CONCESSÃO DO PARCELAMENTO

Art. 4º O débito consolidado conforme a sua natureza, apurado nos termos do §1º, do art. 12, da RN Nº 4, de 2002, cujo montante seja de até R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), será objeto de parcelamento simplificado, cabendo à Diretoria de Gestão a análise e deliberação sobre a concessão do seu parcelamento.

Art. 5º A concessão de parcelamento de débito cujo montante seja superior a R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais) será submetida à aprovação prévia da Diretoria Colegiada, mediante Circuito Deliberativo.

---

[1] Publicada no DOU em 11/06/2002, seção 1, pág 278.

[2] A redação do inciso III, art. 3º está alterada conforme art. 1º da IN/DIGES nº 02/2003.

Art. 6º A concessão do parcelamento, bem como o seu indeferimento, serão comunicados ao requerente, mediante ofício encaminhado para o endereço da operadora cadastrada na ANS.
Parágrafo único. Até o décimo dia útil de cada mês, a DIGES publicará no Diário Oficial da União e na página da ANS na Internet, no endereço eletrônico www.ans.gov.br o demonstrativo dos parcelamentos deferidos, no qual constarão, necessariamente, os números de inscrição das operadoras beneficiadas no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, os valores parcelados e o número de parcelas concedidas.
Art. 7º Considerar-se-ão automaticamente deferidos os pedidos de parcelamento instruídos nos termos desta Instrução Normativa, após decorridos noventa dias da data de seu protocolo, sem manifestação da autoridade competente.
Art. 8º Enquanto não houver decisão da ANS sobre o pedido de parcelamento, a Operadora requerente fica obrigada a recolher mensalmente, até o último dia útil de cada mês e a partir do mês subseqüente ao do protocolo do pedido, o valor correspondente a uma parcela do débito, a título de antecipação.
Parágrafo único. O valor de cada parcela, por ocasião do pagamento, será acrescido de juros equivalentes à taxa referencial SELIC, acumulada mensalmente, calculados a partir da data do deferimento até o mês anterior ao do pagamento, e de um por cento relativamente ao mês em que o pagamento estiver sendo efetuado.
Art. 9º A concessão do parcelamento implicará na imediata suspensão da inscrição da operadora requerente no Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados do Setor Público Federal – CADIN, relativo ao débito objeto do parcelamento concedido.
Art. 10. Não serão parcelados os débitos:
I. cuja exigibilidade seja objeto de discussão em ação judicial proposta pelo devedor ou seu representante legal; e
II. que já tenham sido objeto de parcelamento, ainda que não integralmente pago.
Parágrafo único. As vedações previstas neste artigo não se aplicam ao parcelamento simplificado de que trata o art. 4º desta Instrução Normativa.
Art. 11. Os débitos inscritos em Dívida Ativa da ANS poderão ser parcelados, a critério do Procurador Geral, nos termos do disposto nos arts. 8º e 9º da Resolução – RN Nº 4, de 2002.
Art. 12. Os valores denunciados espontaneamente não serão passíveis de procedimento fiscal, desde que a denúncia seja anterior ao início do procedimento, garantida a possibilidade de verificação da exatidão do débito a ser parcelado e da cobrança de eventuais diferenças, acrescidas dos encargos legais e das penalidades cabíveis.

CAPÍTULO III
DO DÉBITO CONSOLIDADO E DO VALOR DAS PARCELAS

Art. 13. Quando do deferimento do pedido de parcelamento, a ANS procederá à consolidação do débito, tomando como termo final para cálculo dos acréscimos legais, a data da concessão, deduzidos os pagamentos efetuados a título de antecipação.
§1º Por débito consolidado compreende-se o débito atualizado, mais os encargos e acréscimos legais ou contratuais, vencidos até a data da concessão do parcelamento, conforme disposto no §1º do art. 12 da RN Nº 4, de 2002.
§2º O débito, consolidado na forma do §1º, terá o seu valor expresso em moeda nacional e resultará da soma aritmética:
I. do principal;
II. da multa de mora de dez por cento ;
III. dos juros de mora de um por cento ao mês ou fração de mês; e
IV. da atualização monetária, quando for o caso.
§4º Para os fins do disposto neste artigo, independentemente da natureza do débito, aplica-se extensivamente a Resolução Normativa – RN Nº 1, de 7 de fevereiro de 2002.
Art. 14. O valor de cada parcela será obtido mediante a divisão do débito consolidado pelo número de parcelas restantes, nos termos do inciso IV do art. 3º, observados os valores mínimos atribuíveis às parcelas, nos termos do disposto no art. 14 da RN Nº 4, de 2002.

CAPÍTULO IV
DO VENCIMENTO E DO PAGAMENTO DAS PARCELAS

Art. 15. O vencimento das prestações do parcelamento dar-se-á no último dia útil de cada mês, sendo devidas a partir do mês subseqüente ao do protocolo do pedido, observado o art. 8º desta Instrução.
Art. 16. O pagamento das prestações do parcelamento será efetuado mediante guia do Documento Único de Arrecadação da ANS – DANS, emitido por meio da página da ANS, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
Parágrafo único. Enquanto não for disponibilizado o documento eletrônico de que trata o *caput* deste artigo, os pagamentos deverão ser efetuados mediante depósito em Conta Única da União, sob o nº 170.500-8, mantida junto ao Banco do Brasil, Agência nº 3.602-1, fazendo constar o código identificador da receita, conforme abaixo especificado:
I. Taxa de Saúde Suplementar por plano de Assistência à Saúde – TPS: 25300336213250-0
II. Multa pecuniária por infração à Legislação: 25300336213251-9
III. Remuneração de que trata o §2º do art. 33 da Lei nº 9.961, de 2000: 25300336213252-7

CAPÍTULO V
DO CANCELAMENTO DO PARCELAMENTO DE DÉBITO

Art. 17. O parcelamento dos débitos será automaticamente cancelado:
I. se a operadora deixar de efetuar o pagamento de duas prestações, consecutivas ou não; e
II. quando se tratar de débito inscrito em Dívida Ativa, na ocorrência de qualquer das hipóteses previstas no inciso II, do art. 20, da RN Nº 4, de 2002.
Art. 18. Cancelado o parcelamento, o saldo devedor será apurado mediante imputação proporcional dos valores pagos, providenciando-se a inscrição da operadora devedora no CADIN, e conforme o caso:
I. o encaminhamento do débito para inscrição em Dívida Ativa; ou
II. o prosseguimento da execução fiscal.

CAPÍTULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. O pedido de parcelamento importa em confissão irretratável do débito e configura confissão extrajudicial, nos termos dos arts. 348, 353 e 354 do Código de Processo Civil, podendo a exatidão do valor ser objeto de verificação.
Art. 20. Sendo necessária a verificação dos valores objeto do parcelamento de que trata esta Instrução Normativa, poderá ser solicitada diligência à DIGES, para apurar o montante realmente devido, ainda que o parcelamento já tenha sido deferido, procedendo-se às eventuais correções, e compensando-as, se for o caso, nas parcelas vincendas.
Parágrafo único. O anexo estará disponível na página da ANS para consulta e cópia no endereço eletrônico http://www.ans.gov.br/resol_intro.htm.
Art. 21. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

VERA LÚCIA OSTAPCZUK UNGARETTE
Secretária Executiva

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE GESTÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 3, DE 24 DE ABRIL DE 2009[1]

Estabelece os procedimentos, critérios e fluxos operacionais para o cadastramento, desenvolvimento e avaliação de projetos a serem desenvolvidos pelas instituições denominadas "Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa", no âmbito da RN Nº *188 de 20 de março de 2009, e dá outras providências.*

O Diretor responsável pela Diretoria de Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – DIGES/ANS, no uso de suas atribuições regulamentares previstas no art. 43, do Anexo I da RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004 e suas alterações posteriores, e na forma da Resolução Normativa no 188, de 20 de março de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa estabelece os procedimentos e requisitos técnicos para:
I – cadastramento e acompanhamento de Instituições de Ensino e/ou Pesquisa;
II – suspensão e cancelamento do cadastramento mencionado no inciso anterior; e
III – avaliação de projetos e produtos a serem desenvolvidos pelos Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa, para a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
Art. 2º Para fins de aplicação desta Instrução Normativa, adotam-se as seguintes definições:
I – Instituição de Ensino e/ou Pesquisa – IEP, a instituição incumbida regimentalmente ou estatutariamente de Ensino e/ou Pesquisa, que detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos;
II – Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa, a IEP devidamente cadastrada como Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa para ANS; e
III – Rede de Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa, a união de todos os Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa.
Art. 3º São objetivos gerais dos Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa as atividades de produção e difusão do conhecimento, capacitação, educação continuada e permanente no campo da Saúde Suplementar em âmbito nacional.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Atribuição

Art. 4º Cabe à Gerência Geral de Acompanhamento Institucional – GGACI:
I – o cadastramento e o acompanhamento das IEPs que venham a operar como Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa;
II – a aplicação das sanções de advertência, suspensão e cancelamento do cadastramento das IEPs como Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa; e
III – o planejamento e a coordenação das demandas pertinentes aos Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa.

Seção II
Do Cadastramento Prévio e Acompanhamentos das IEPS

Art. 5º A ANS lançará edital para cadastramento das Instituições de Ensino e/ou Pesquisa – IEP com validade de dois anos, podendo ser prorrogado.
Art. 6º Para ser cadastrado como Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa, a Instituição deverá, obrigatoriamente, atender a todos os seguintes requisitos:

[1] Publicada no DOU em 29/04/2009, seção 1, p. 52.

I – operar como centro de excelência profissional e de difusão e produção do saber que se destaque pela qualidade do seu trabalho e pelo conjunto notório de produtos oferecidos à comunidade acadêmica e à sociedade como um todo;
II – desenvolver produção intelectual e institucional assentadas em linhas de investigação, projetos e programas de ensino e/ou pesquisa relacionados com o campo da Regulação e Qualificação em Saúde Suplementar ou em áreas afins, comprovadas através de citações, publicações e outras referências nacionais e/ou internacionais;
III – conter equipe de pesquisa multidisciplinar com experiência na realização de estudos, análises e projetos correlacionados à Saúde Suplementar;
IV – demonstrar capacidade técnica de acordo com a produção intelectual e institucional apresentada, podendo ser comprovada na forma de dossiê institucional e atestados.
Parágrafo único. A IEP poderá comprovar os requisitos dispostos nos incisos I a IV através de atestados técnicos, publicações, cursos, atividades de capacitação e educação continuada e permanente, entre outros.
Art. 7º O edital público definirá os demais documentos necessários para o cadastramento.
§1º Verificada falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado, deve a IEP ser imediatamente notificada pela ANS, por correspondência com aviso de recebimento ou através de e-mail e, quando cabível, deverão ser extraídas cópias e enviadas aos órgãos competentes.
§2º Este cadastramento prévio não eximirá as IEPs do cumprimento das regras traçadas pelas demais legislações em vigor.
Art. 8º A Instituição enquanto Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa será periodicamente avaliada, sendo analisados o cumprimento das obrigações assumidas pela entidade e o alcance dos objetivos.
Art. 9º O cadastramento da IEP e sua incorporação à Rede de Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa não implicam em compromissos financeiros ou transferência de recursos entre as partes.
Art. 10. O cadastramento permanecerá válido enquanto perdurar a validade do edital a que se refere o art. 5º desta IN.
Art. 11. A ANS fará publicar no DOU a lista das IEPs credenciadas como Centros Colaboradores de Ensino e/ou Pesquisa.

Seção III
Da Apresentação do Projeto

Art. 12. O Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento, regulamentado pela RN 165/07, avaliará previamente, junto com a gerência demandante, cada projeto solicitado.
Art. 13. Após a avaliação pelo Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento, a GGACI dará seqüência à formalização do projeto.

Seção IV
Da Seleção dos Projetos

Art. 14. A ANS tornará público a descrição pormenorizada do projeto/estudo que pretende desenvolver.
Art. 15. A entidade escolhida será aquela que obtiver maior pontuação, de acordo com a qualificação da equipe, capacidade operacional e da proposta técnica para execução do projeto/estudo, conforme descrito/solicitado no edital.
Art. 16. Os critérios de pontuação contemplarão os seguintes aspectos:
I – multidisciplinaridade e interdisciplinaridade da equipe participante do projeto;
II – parcerias inter e multinstitucionais;
III – impacto, relevância e qualidade técnica do projeto;
IV – potencial demonstrativo e de replicabilidade; e
V – aspecto inovador e viabilidade técnica-econômica.
§1º A IEP que não atender os requisitos exigidos por esta IN, poderá se reunir com uma ou mais de uma IEP, desde que uma destas instituições esteja devidamente cadastrada como Centro Colaborador, para desenvolver projeto de sua área fim, visando maior intercâmbio e troca de conhecimento entre as IEP´s de várias regiões do país.

Art. 17. O Centro Colaborador poderá, também, propor projetos específicos nas áreas de ensino/aprendizagem, pesquisa e extensão a serem desenvolvidos pelas partes em cooperação, que terão sua pertinência avaliada pelo Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento.
Parágrafo Único. Neste caso, o Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa deverá apresentar proposta de trabalho, em que estejam contempladas, no mínimo, as seguintes exigências:
I – descrição do objeto a ser executado;
II – justificativa contendo a caracterização dos interesses recíprocos, a relação entre a proposta apresentada e os objetivos e diretrizes e a indicação do público alvo, do problema a ser resolvido e dos resultados esperados;
III – estimativa dos recursos financeiros, discriminando, em caso de repasse, a forma de aplicação, especificando o valor de cada parcela e do montante de todos os recursos, na forma estabelecida em Lei;
IV – previsão de prazo para a execução; e
V – informações relativas à capacidade técnica e gerencial do proponente para execução do objeto.
Art. 18. Uma vez definidos os projetos a serem desenvolvidos, as partes concordam em firmar o compromisso através da formalização de Planos de Trabalho específicos no qual serão definidas as obrigações e responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das partes.
Art. 19. Os recursos financeiros necessários à operacionalização do projeto serão indicados nos Planos de Trabalho específicos e alocados, dentro das disponibilidades orçamentárias e financeiras da ANS, de acordo com o cronograma de desembolso.

Seção V
Da Aprovação dos Produtos

Art. 20. A aprovação preliminar dos produtos estará condicionada à avaliação criteriosa feita pela área demandante através da elaboração de Nota Técnica.
Art. 21. A aprovação final dos produtos caberá a GGACI, após análise da Nota Técnica realizada pela área demandante.
Art. 22. A aprovação final de cada produto pela GGACI, quando a pesquisa envolver seres humanos, está condicionada a aprovação prévia do projeto pelo Comitê de Ética, ao qual o Centro Colaborador estiver relacionado, conforme Instrução Nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.
Parágrafo único. O Centro Colaborador deverá informar a GGACI o andamento do processo perante o Comitê de Ética, através de documentos comprobatórios emitidos pelo respectivo Comitê.
Art. 23. Após a conclusão dos estudos, estes serão encaminhados ao Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento, disciplinado pela Instrução Normativa – RN Nº 165, de 12 de dezembro de 2007, para análise da pertinência da divulgação oficial dos resultados.

Seção VI
Da Advertência, Suspensão e Cancelamento do Cadastramento do Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa

Art. 24. Durante a vigência do cadastramento, o Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa deverá cumprir contínua e integralmente o disposto nesta Instrução Normativa.
Art. 25. O não-cumprimento mencionado no artigo anterior poderá acarretar as seguintes penalidades, nesta ordem, garantidos o contraditório e a ampla defesa:
I – advertência por escrito;
II – suspensão temporária do cadastramento; ou
III – cancelamento total do cadastramento.
§1º A advertência será aplicada preliminarmente a qualquer outra sanção, excetuadas as hipóteses previstas no artigo 30.
§2º A suspensão terá validade enquanto perdurarem os motivos determinantes de sua aplicação ou até a correção das irregularidades apontadas.
Art. 26. Durante a suspensão ou após o cancelamento do cadastramento, o Centro Colaborador deverá interromper, imediatamente, o uso e a divulgação de todo material que faça referência aos serviços que foram suspensos ou cancelados.
Art. 27. A aplicação de penalidades não desobrigará o Centro Colaborador de corrigir as infrações que lhes deram origem, sendo que a aplicação de qualquer sanção prevista nesta IN dar-se-á sem prejuízo da

responsabilidade civil, administrativa e penal da instituição, inclusive pelo ressarcimento das perdas e danos que a ANS, a União ou outrem venham a sofrer.

Art. 28. A suspensão do cadastramento do Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa poderá ocorrer a qualquer tempo mediante:

I – não cumprimento dos prazos estipulados no cronograma de atividades, salvo em casos devidamente comprovados de impossibilidade de entrega dos produtos, nas datas contidas no plano de trabalho;

II – não apresentação, no período estipulado pela ANS, dos documentos de identificação para atualização de dados e informações sobre o Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa;

III – não conclusão dos produtos previstos no mesmo, por ocasião de qualquer iniciativa de colaboração com a ANS; ou

IV – solicitação do próprio Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa.

Parágrafo único. A solicitação de suspensão temporária de cadastramento, descrita no inciso IV do artigo anterior, não será deferida enquanto não forem corrigidas as irregularidades, ou cumpridos os prazos determinados, quando houver.

Art. 29. A reincidência nas hipóteses do art. 28 importará no cancelamento do cadastramento do Centro Colaborador, salvo motivo de força maior.

Art. 30. O cancelamento do cadastramento do Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa poderá, ainda, ocorrer a qualquer tempo mediante:

I – identificação de falta grave que afete a credibilidade da IEP;

II – constatação de falsificação ou adulteração de documento, bem como de resultados de pesquisa;

III – utilização indevida do nome da Agência Nacional de Saúde Suplementar; ou

IV –solicitação do próprio Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 31. Com a entrada em vigor da presente Instrução Normativa, as avenças celebradas anteriormente terão sua vigência respeitada.

Art. 32. Aplicam-se, no que couber, aos instrumentos regulamentados por esta IN, as demais legislações pertinentes.

Art. 33. Esta Instrução Normativa entra em vigor após a sua publicação.

HÉSIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE GESTÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 4, DE 9 DE JUNHO DE 2009[1]

Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2008, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O Diretor responsável pela Diretoria de Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – DIGES/ANS, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos artigos 22, 22-A da Resolução Normativa – RN Nº 139, de 24 de novembro de 2006, pelos artigos 43, incisos II e III e 48, incisos VIII, XI, XIII e XIV da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004, e em conformidade com o artigo art. 65, inciso I, alínea 'a', também da RN Nº 81, de 2004, resolve:

Art. 1º Esta instrução dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2008, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Qualificação das Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º As metodologias estatísticas que serão aplicadas aos indicadores a serem usados na avaliação de desempenho das operadoras e as respectivas fichas técnicas destes integram os anexos I e II desta instrução.

Art. 3º O processamento da avaliação de desempenho de que se trata esta instrução terá como fonte os dados referentes ao ano de 2008, disponíveis nos sistemas de informações da ANS ou do Ministério da Saúde, nas seguintes datas ou competências:

I – Sistema de Informação de Beneficiários – SIB, na competência março de 2009, enviada até 10 de abril de 2009 – dados mensais, de janeiro a dezembro;

II – Sistema de Informações de Produtos – SIP, na data de 31 de março de 2009 – dados trimestrais, das competências do primeiro ao quarto trimestre;

III – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, na data de 31 de maio de 2009 – dados trimestrais, das competências do primeiro ao quarto trimestre.[2]

IV – Sistema Integrado de Fiscalização – SIF, na data de 31 de março de 2009;

V – Sistema de Registro de Planos de Saúde – RPS, na data de 31 de março de 2009; e

VI – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, na data de 31 de março de 2009.

Art. 4º Receberá zero no índice de desempenho da dimensão, sendo esse valor incluído no cálculo de seu IDSS, a operadora que:

I – em qualquer dimensão, apresentar inconsistência dos dados necessários ao cálculo do respectivo índice de desempenho;

II – na dimensão atenção à saúde, não enviar dados do SIP referentes a um ou mais trimestres do ano avaliado; e

III – na dimensão econômico-financeira:

a) não possuir no mínimo noventa por cento das garantias financeiras constituídas segundo a regulamentação específica da ANS; ou

b) não enviar dados do DIOPS referentes ao quarto trimestre do ano avaliado.

Art. 5º Depois de disponibilizados os resultados preliminares, as operadoras terão quinze dias para enviar questionamentos, devendo remetê-los:

I – por carta, ao Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS, enviada para a Avenida Augusto Severo, 84 – Glória – Rio de Janeiro/RJ – CEP 20021-040;

II – por meio da página "Fale conosco" no site da ANS na internet http://www.ans.gov.br; ou

III – por meio do Disque ANS 0800 701 9656 – perfil Operadora.

Art. 6º Os anexos desta instrução normativa estarão disponíveis para consulta e cópia na página da Internet http://www.ans.gov.br. [3]

Art. 7º Esta instrução entra em vigor na data de sua publicação.

HESIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO

---

[1] Publicada no DOU em 10/06/2009, seção 1, p. 44.

[2] O inciso III do art. 3º foi alterado conforme art. 2º da IN/DIGES nº 05/2009.

[3] As fichas técnicas 4.1 e 4.2 contidas no Anexo II desta normativa, passaram a vigorar com as modificações descritas no Anexo da IN/DIGES nº 05/2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE GESTÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 5, DE 30 DE JULHO DE 2009[1]

Altera a Instrução Normativa – IN Nº 4, de 9 de junho de 2009, da Diretoria de Gestão.

O Diretor responsável pela Diretoria de Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – DIGES/ANS, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos artigos 22 e 22-A da Resolução Normativa – RN Nº 139, de 24 de novembro de 2006, pelos artigos 58, incisos II e V, e 85, inciso I, alínea "a", da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

Art. 1º Esta instrução altera a Instrução Normativa – IN Nº 4, de 9 de junho de 2009, da Diretoria de Gestão, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
Art. 2º O inciso III do Art. 3º da IN Nº 4, de 2009, passa a ter a seguinte redação:
"III – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS, na data de 31 de maio de 2009 – dados trimestrais, das competências do primeiro ao quarto trimestre" (NR).
Art. 3º As fichas técnicas 4.1 e 4.2 contidas no Anexo II da IN nº 4, de 2009, passam a vigorar com as modificações nos itens "Critério de inclusão" e "Critério de exclusão" e sem o item "Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações", conforme o anexo desta IN.
Art. 4º O anexo desta instrução normativa estará disponível para consulta e cópia na página da internet http://www.ans.gov.br.
Art. 5º Esta instrução entra em vigor na data de sua publicação.

HESIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO

[1] Publicada no DOU em 31/07/2009, seção 1, p. 45.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE GESTÃO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 15, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013[1]

Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2013, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange aos incisos I, II, III e IV do artigo 22-A da Resolução Normativa - RN nº 139, de 24 de novembro de 2006.

O Diretor Interino de Gestão, responsável pela Diretoria de Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIGES/ANS, em vista do que dispõem os artigos 22, 22-A da Resolução Normativa - RN nº 139, de 24 de novembro de 2006; e a alínea "a" do inciso I do artigo 76, a alínea "a" do inciso I do artigo 85, os incisos XIII e XIV do artigo 58 e o inciso X do artigo 59; todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2013, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar - Componente Operadoras, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no que tange:
I - às fichas técnicas dos indicadores, suas fontes de dados, bem como as metodologias a serem empregadas;
II - à relação dos sistemas de informação e a data de obtenção dos dados necessários para o cálculo dos indicadores;
III - aos critérios a serem utilizados para cálculo do índice de desempenho das dimensões; e
IV - aos prazos e meios pelos quais as operadoras poderão enviar os questionamentos aos resultados preliminares.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Dos Sistemas de Informação Utilizados para o Cálculo dos Indicadores

Art. 2º A captura dos dados necessários para a avaliação de desempenho terá como base os seguintes Sistemas de Informações da ANS e do Ministério da Saúde no dia 30 de abril de 2014:[2]
I - Sistema de Informação de Beneficiários - SIB;
II - Sistema de Informações de Produtos - SIP;
III - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;
IV - Sistema Integrado de Fiscalização - SIF;
V - Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS:
a) dados referentes às características e à situação dos produtos; e
b) dados de rede credenciada; e
VI - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

[1] Publicado no DOU em 23/12/2013, seção 01 p. 123.
[2] O art. 2º foi retificado conforme publicação no DOU dia 24/02/14, seção 1 p. 62.

Seção II
Dos Critérios a Serem Utilizados Para Cálculo do Índice de Desempenho das Dimensões:

Art. 3º A ANS não usará qualquer critério de arredondamento dos resultados dos indicadores e de suas respectivas pontuações, assim como dos resultados dos Índices de Desempenho das Dimensões e do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS.
Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput*, durante o processamento dos dados serão mantidas todas as casas decimais após a vírgula que sucede os números inteiros, advindas dos programas computacionais.
Art. 4º As operadoras que se encontrarem em uma das seguintes situações ficarão excluídas do cálculo do IDSS, com base no art. 8º da RN nº 139, de 24 de dezembro de 2006:
I - com registro ativo e que não possuem nenhum plano ativo ou plano ativo com comercialização suspensa em todos os meses do ano base;
II - com registro ativo e que não possuem beneficiários em todos os meses do ano base;
III - com registro ativo, mas que não receberam contraprestações pecuniárias e não realizaram pagamentos a prestadores durante todo o ano de 2013.
Art. 5º Receberá zero no Índice de Desempenho da Dimensão ou em algum de seus indicadores, sendo esse valor incluído no cálculo de seu IDSS, a operadora que:
I - em qualquer dimensão ou em algum de seus indicadores, apresentar inconsistência dos dados necessários ao cálculo do respectivo índice de desempenho;
II - na dimensão atenção à saúde:
a) não enviar dados do SIP referentes a um ou mais trimestres do ano avaliado até 30 de abril de 2014;[1]
b) informar eventos, beneficiários e despesas com valores repetidos (maiores que zero) em dois ou mais trimestres do SIP do ano avaliado; ou
c) informar eventos, beneficiários e despesas com valores iguais a zero em um ou mais trimestres do SIP do ano avaliado; ou
III - na dimensão econômico-financeira, não enviar os dados do DIOPS referentes ao quarto trimestre do ano avaliado, até a data de 30 de abril de 2014.[2]
Parágrafo único: Para efeito do inciso I considera-se inconsistência de dados como aquele que sejam:
I - discrepantes por terem valores atípicos;
II - divergentes em arquivos ou sistemas em que estejam informados;
III - incoerentes; ou
IV - insuficientes.

Seção III
Dos Prazos e Meios Pelos Quais as Operadoras Poderão Enviar os Questionamentos aos Resultados Preliminares

Art.. 6º Depois de disponibilizados os resultados preliminares, as operadoras terão quinze dias para enviar questionamentos, que deverão ser transmitidos através do PTA - Programa de Transmissão de Arquivos, bem como o download das respostas da ANS.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, referentes ao ano de 2013, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados integram os Anexos desta Instrução Normativa.
Art. 8º Os Anexos desta Instrução Normativa estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.
Art. 9º Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO REIS TAVARES

[1] A alínea "a" do art. 5º foi retificada conforme publicação no DOU dia 24/02/14, seção 1 p. 62.
[2] O inciso III do art. 5º foi retificado conforme publicação no DOU dia 24/02/14, seção 1 p. 62.

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 04, DE 01 DE SETEMBRO DE 2005[1]

Dispõe sobre o fornecimento de certidão de comprovação de situação cadastral de operadoras de planos privados de assistência à saúde, via on-line, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições definidas no VII, do art. 27 e na alínea "a", do inciso I, do art. 65, da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1º Fica criado o sistema de fornecimento de certidão de registro provisório, de autorização de funcionamento e de cancelamento de registro provisório das operadoras de planos privados de assistência à saúde, via *on-line*, no âmbito desta Agência.

Art. 2º O acesso ao serviço previsto nesta Instrução Normativa dar-se-á por meio da página da Agência Nacional de Saúde Suplementar na *Internet*, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Art. 3º Na certidão de registro provisório de operadora de plano privado de assistência à saúde constarão as seguintes informações:

I – razão social;
II – CNPJ;
III – endereço da sede;
IV – número de registro na ANS;
V – classificação;
VI – situação cadastral;
VII – data da emissão da certidão;
VIII – código de controle para confirmar a autenticidade da certidão;
IX – data da concessão do registro.

Parágrafo único. A certidão referida neste artigo somente terá validade pelo prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da sua emissão.

Art. 4º Na certidão de autorização de funcionamento de operadora de plano privado de assistência à saúde constarão as seguintes informações:

I – razão social;
II – CNPJ;
III – endereço da sede;
IV – número de registro na ANS;
V – classificação;
VI – validade da autorização;
VII – data da emissão da certidão;
VIII – código de controle para confirmar a autenticidade da certidão.

Art. 5º Na certidão de empresa com registro cancelado constarão as seguintes informações:

I – razão social;
II – CNPJ;
III – número de registro na ANS;
IV – data do cancelamento;
V – motivo do cancelamento;
VI – código de controle para confirmar a autenticidade da certidão.

Art. 6º A autenticidade das certidões referidas nesta Instrução Normativa poderá ser confirmada por meio da página da ANS na *Internet*, no endereço eletrônico www.ans.gov.br, utilizando-se o número do "*código de controle do comprovante*" fornecido na certidão.

Art. 7º Os casos omissos nesta Instrução Normativa, que sejam da competência da DIOPE, deverão ser requeridos diretamente junto a esta Diretoria.

Art. 8º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] Publicada no DOU em 02/09/2005, seção 1, p. 130.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 10 DE 3 DE MARÇO DE 2007[1]

Estabelece a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no art 26, I n/f do art. 65, I, "a", ambos contidos no Anexo I, da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 3 de setembro de 2004, considerando o disposto nos arts. 5º, §2º, 7º, 10 e 25 da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006, publicado no Diário Oficial da União de 20 de novembro de 2006, resolve adotar a seguinte Instrução Normativa:

CAPÍTULO I
DO OBJETO

Art. 1º Esta Instrução Normativa estabelece a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras conforme os termos estabelecidos na Resolução Normativa – RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006.
Parágrafo único. A hipótese prevista neste artigo não se aplica às entidades de autogestão definidas no art. 2º, inciso I, da RN Nº 137, de 2006.

CAPÍTULO II
DO ACOMPANHAMENTO ECONÔMICO FINANCEIRO

Art. 2º As operadoras classificadas no segmento de autogestão que antes da vigência da RN Nº 137, de 2006 estavam isentas do cumprimento do plano de contas padrão da ANS, deverão adotá-lo a partir de 1º de janeiro de 2008 nos moldes estabelecidos pela RN Nº 136, de 31 de outubro de 2006 e alterações posteriores.
Art. 3º As operadoras classificadas no segmento de autogestão deverão enviar os seus demonstrativos econômico-financeiros por intermédio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS em modelo específico a ser disponibilizado pela ANS.
§1º As autogestões mantidas deverão informar por intermédio do DIOPS os valores garantidos por seus Mantenedores.
§2º As autogestões mantidas deverão encaminhar à ANS, no prazo de entrega do DIOPS, ou quando a Agência solicitar, os relatórios gerenciais contendo os valores depositados em garantia de sua operação pelas suas entidades mantenedoras nos fundos de investimentos já existentes no mercado financeiro atendendo a diversificação da RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, e alterações posteriores.
§3º As mantenedoras e as autogestões anteriormente dispensadas da constituição das garantias financeiras próprias, por transferência do risco a terceiros, deverão constituir as provisões estabelecidas na Resolução de Diretoria Colegiadas – RDC nº 77, de 17de julho de 2001, de forma cumulativa mensal, contados da data da publicação desta Instrução Normativa, sem prejuízo de novos prazos estabelecidos em regulamentação posterior.

CAPÍTULO III
DA GARANTIA DOS RISCOS PELAS ENTIDADES MANTENEDORAS

Art. 4º As autogestões que pretenderem autorização da ANS para o ingresso de mantenedores, deverão encaminhar à DIOPE, o termo de garantia financeira previsto no Anexo I da presente Instrução Normativa, devidamente registrado no órgão competente, acompanhado das informações solicitadas no art. 17, da RN Nº 137, de 2006.
§1º A autorização à ANS para verificar as posições das aplicações financeiras a qualquer tempo é requisito para o ingresso como mantenedor.

[1] Publicada no DOU em 02/04/2007, seção 1, p. 31.

§2º Após análise da DIOPE, será encaminhado ofício de resposta à operadora, o qual contemplará uma das seguintes hipóteses:
I - homologação do pedido;
II - complementação ou retificação das informações prestadas,no prazo de 30 dias; ou
III - indeferimento do pedido, hipótese a qual será solicitada à operadora a constituição das garantias financeiras nos termos do art. 5º, I da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006 c/c a RDC nº 77, de 17 de julho de 2001 n/f da RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, e alterações posteriores.
§3º Nos casos previstos no inciso II, do presente artigo,deverão ser respeitados os prazos estabelecidos pela DIOPE, sob pena de indeferimento.

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 5º Para fins do disposto no art. 5º, da RN Nº 137, de 2006, e constituição das garantias financeiras exigidas pela regulamentação em vigor, aplicar-se-ão os critérios estabelecidos na RDC nº 77, de 2001 n/f da RN Nº 67, de 2004, e alterações posteriores.
Art. 6º Os Anexos I e II constituem parte integrante desta Instrução Normativa.
Art. 7º O descumprimento do disposto nesta Instrução Normativa, sujeitará o infrator às penalidades previstas na regulamentação em vigor.
Art. 8º Esta Instrução Normativa entra em vigor no dia 21 de maio de 2007.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

ANEXO I
TERMO DE GARANTIA FINANCEIRA

Pelo presente instrumento, tendo de um lado _____, inscrita no CNPJ n.º _____, com sede na _____, representada por _____, doravante designada MANTENEDORA, e de outro lado, _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, registro na ANS nº _____, com sede na _____ representada por _____, doravante designada MANTIDA, é celebrado o presente TERMO DE GARANTIA FINANCEIRA, registrado em xx de xxxx de xxxx, no Registro (informar o órgão competente), na forma que se segue:

1 – OBJETO
O presente termo de garantia financeira tem como finalidade estabelecer a titularidade dos riscos econômico-financeiros decorrentes da operação de planos de assistência à saúde da operadora doravante designada MANTIDA, conforme o disposto no art. 5º, II da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006, publicada no DOU do dia 20 de novembro de 2006 n/f do Anexo I da IN nº 10, de 3 de março de 2007, publicada no DOU de 2 de abril de 2007.

2 – OBRIGAÇÕES DA MANTENEDORA
A entidade MANTENEDORA assume diante deste termo, a responsabilidade de realização de todas as garantias financeiras exigidas pela ANS na operação de planos de assistência à saúde da operadora MANTIDA, em benefício desta nos termos da RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004 e alterações posteriores.
A entidade MANTENEDORA neste ato declara ter oferecido em garantia o valor de R$ (informar o valor) em ativos financeiros depositados junto ao fundo de investimento do(a) (informar instituição financeira), para fins de cumprimento do disposto no item 2.1 bem como na RDC nº 77, de 17 de julho de 2001 e RN Nº 75, de 10 de maio de 2004 e alterações posteriores.
A entidade MANTENEDORA assume o compromisso de manutenção dos valores oferecidos em garantia da operação de planos de assistência à saúde da operadora MANTIDA.
A entidade MANTENEDORA declara assumir diante deste termo, responsabilidade subsidiária por quaisquer débitos que porventura a operadora MANTIDA possa vir a possuir e não estejam alcançados nas garantias financeiras exigidas pela ANS.
A entidade MANTENEDORA assume neste ato, a responsabilidade de encaminhar à operadora MANTIDA os documentos que dão suporte às aplicações financeiras oferecidas em benefício desta,nos termos estabelecidos na Instrução Normativa nº 148 de 3 de março de 2007.
Identificada a insuficiência de ativos garantidores pelo órgão regulador a MANTENEDORA se obriga no prazo máximo de 30 dias, contados do recebimento da comunicação da ANS, a apresentar novas aplicações financeiras que supram o montante total dos ativos garantidores exigidos.

3 – OBRIGAÇÕES DA OPERADORA MANTIDA
A operadora MANTIDA assume neste ato, a responsabilidade de informar previamente à entidade MANTENEDORA o montante por ela a ser lastreado em ativos garantidores, nos termos da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001 e RN Nº 75, de 10 de maio de 2004 e alterações posteriores e de disponibilizar à ANS na data de envio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS esses valores garantidos.
A operadora MANTIDA assume neste ato, a responsabilidade de encaminhar à ANS trimestralmente, ou quando a agência solicitar, os relatórios gerenciais contendo os valores depositados em garantia de sua operação pelas suas entidades mantenedoras nos fundos de investimentos exclusivos nos termos do art. 5º, I, "e" da RN Nº 67, de 4 de fevereiro de 2004, e alterações posteriores, n/f do Anexo II da presente Instrução Normativa.
A operadora MANTIDA assume neste ato, a responsabilidade por manter em seus arquivos demais documentos que dêem suporte às referidas aplicações da entidade MANTENEDORA, a fim de disponibilização à ANS quando solicitado.

4 – PENALIDADES
O descumprimento do disposto neste Termo de Garantia Financeira ensejará a responsabilidade civil, de todos os agentes responsáveis pela gestão da entidade MANTENEDORA e da operadora MANTIDA.

5 – VIGÊNCIA
O presente Termo de Garantia Financeira passa a vigorar após aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, findando-se apenas após anuência desta ao cumprimento do disposto no art. 20 da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006, publicada no DOU do dia 20 de novembro de 2006.

Local, data.
REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE MANTENEDORA – CPF

REPRESENTANTE LEGAL DA OPERADORA – CPF

Testemunhas:
1. _____
2. _____

ANEXO II

NOME DA ENTIDADE MANTENEDORA	
REGISTRO NO CNPJ	
NOME DA OPERADORA	
REGISTRO NO CNPJ	
REGISTRO NA ANS	

NOME DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA		**Nº DE REGISTRO NA CVM**
NOME DO FUNDO APLICADO		**REGISTRO NO CNPJ**
QUANTIDADE DE QUOTAS	**VALOR DAS QUOTAS**	**TOTAL**
TOTAL		

NOME DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA		**Nº DE REGISTRO NA CVM**
NOME DO FUNDO APLICADO		**REGISTRO NO CNPJ**
QUANTIDADE DE QUOTAS	**VALOR DAS QUOTAS**	**TOTAL**
TOTAL		

Local, data.

REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE MANTENEDORA – CPF
CONTADOR DA ENTIDADE MANTENEDORA – CRC – CPF
REPRESENTANTE LEGAL DA OPERADORA – CPF
CONTADOR DA OPERADORA – CRC – CPF

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 13, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007[1]

Regulamenta os critérios, diretrizes, obrigações e responsabilidades oriundos da formalização do convênio para aceitação de cotas de Fundo Dedicado ao Setor de Saúde Suplementar como Ativos Garantidores nos termos do Inciso II, do art. 2º e do art. 16 caput, ambos RN Nº 159 de 4 de julho de 2007.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no uso de suas atribuições legais definidas no inciso I, do art. 26, da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 03 de setembro de 2004, e baseado no disposto no art. 16, da RN Nº 159, de 04 de julho de 2007, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta os critérios, diretrizes, obrigações e responsabilidades oriundos da formalização do convênio para aceitação de cotas de Fundo Dedicado ao Setor de Saúde Suplementar como ativos garantidores nos termos do Inciso II, do art. 2º e do art. 16, *caput* ambos da RN Nº 159 de 4 de julho de 2007.

Art. 2º As entidades financeiras administradoras de carteira interessadas na distribuição de cotas de Fundos Dedicados ao Setor de Saúde Suplementar deverão formalizar proposta contemplando, no mínimo, as seguintes informações obrigatórias:

I – nome da instituição, número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF, registro junto a Comissão de Valores Mobiliários – CVM, inscrição estadual e endereço da sede;

II – descrição do produto, contendo nome do fundo, registro na CVM, política de investimento, identificação e enquadramento na RN Nº 159, de 2007 e respectivo percentual limite de cobertura associado;

IV – as entidades financeiras administradoras de carteira deverão manter preposto, aceito pela ANS, responsável pela gestão das informações relacionas ao Fundo Dedicado; e

V – previsão de que todas as cotas estarão vinculadas à ANS que poderá autorizar sua eventual liberação, detalhamento dos mecanismos de segregação de cotas vinculadas e livres e especificação de todo processo de geração e transmissão dos arquivos de posição de cotas vinculadas.

Art. 3º Somente poderão formalizar proposta as entidades financeiras autorizadas pela CVM a administrar carteira de valores mobiliários que preencham os seguintes critérios:

I – documento que comprove a classificação de "baixo risco de crédito" fornecida por alguma das agências classificadoras de risco em atuação no Brasil, em período máximo que anteceder seis meses da data da apresentação da proposta. Esta avaliação deverá ser renovada semestralmente com idêntica classificação de risco;

II – possua estrutura organizacional de pessoal qualificado e sistema de informações que possibilite a gestão da informação e a agilidade na geração de dados gerenciais necessários à administração das cotas do fundo;

III – possua sistema de transmissão de dados à ANS, que contemple inclusive dispositivo de bloqueio e de desbloqueio de movimentação quando determinado pela ANS;

Art. 4º A entidade financeira interessada em administrar Fundo Dedicado ao Setor de Saúde Suplementar deverá apresentar juntamente com a proposta prevista no art. 2º todos os documentos bem como o detalhamento dos recursos ou práticas utilizadas e desenvolvidas exclusivamente para atender o art. 3º.

Art. 5º O fundo, objeto do convênio, denominado Fundo Dedicado ao Setor de Saúde Suplementar deverá obedecer aos seguintes requisitos para que suas cotas possam ser aceitas pela ANS como ativo garantidor:

I – caracterizado como Fundo de Investimento Financeiro (FIF), constituído sob a forma de condomínio aberto;

II – tenha como aplicadores exclusivos os participantes do setor de saúde suplementar que estejam devidamente registrados na ANS como operadoras de planos de saúde, bem como os prestadores de

[1] Publicada no DOU em 28/12/2007, seção 1, p. 114.

serviços médicos e hospitalares que estejam inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
III – esteja enquadrado em uma das modalidades de fundos de investimentos financeiros previsto na RN Nº 159, de 2007;
IV – tenham a totalidade das aplicações efetuadas pelos participantes bloqueadas para movimentação posterior, sendo que a eventual liberação de qualquer aplicação somente se dará com expressa autorização da ANS.
Art. 6º Aprovada a proposta inicial, a entidade financeira administradora e a ANS poderá celebrar convênio onde ficará estabelecido o detalhamento das obrigações da entidade financeira administradora, devendo conter, no mínimo, as seguintes especificações:
I – descrição do produto desenvolvido;
II – com o registro e classificação do produto junto a CVM;
III – valor do Patrimônio Líquido do Fundo Dedicado ao Setor de Saúde Suplementar;
IV – composição da carteira;
V – detalhamento dos riscos envolvidos;
VI – indicação da modalidade de fundo de investimento financeiro previsto na RN Nº 159, de 2007, explicitando o percentual do limite de cobertura correspondente; e
VII – detalhamento dos procedimentos operacionais de transmissão periódica das informações de posição financeira e movimentação das cotas individuais bem como a forma de comunicação com a ANS para atendimento de solicitações eventuais.
Art. 7º O convênio deverá disciplinar o envio das informações periódicas à ANS acerca da posição individual dos cotistas operadoras de planos de saúde cujas cotas estejam vinculadas a ANS como ativo garantidor, tais como:
I – valor da cota na data;
II – quantidade de cotas na data;
III – valor financeiro na data;
IV – status da movimentação (livre ou bloqueada); e
V – movimentação realizada no período (aplicações e resgates).
§1º As informações individuais acima deverão ser enviadas a ANS mensalmente, sendo que a ANS poderá, a qualquer tempo, solicitar informação adicional que julgar necessária.
§2º O envio das informações à ANS se dará através de arquivo texto (.txt), seguindo formatação a ser fornecida pela ANS no ato do convênio, disponibilizado em um servidor FTP para transferência via rede RTM, com acesso restrito à ANS e validação de usuário e senha.
Art. 8º A entidade financeira conveniada deverá se comprometer em requisitar autorização dos cotistas Operadoras de Planos de Saúde para a divulgação para a ANS das informações de custódia, de que trata o artigo 7º desta Instrução Normativa.
Parágrafo único Os cotistas que não procederem à autorização formal prevista no *caput* deste artigo não estarão enquadrados nas possibilidades constantes da Sessão II, do Capítulo V, da RN Nº 159, de 2007.
Art. 9º Uma vez firmado o convênio com a ANS a entidade estará obrigada a manter todas as características do produto nos moldes estabelecidos bem como todos os procedimentos acordados, sob a pena de rescisão unilateral do convênio que culminará na imediata desqualificação do produto como fundo dedicado ao setor de saúde suplementar.
Art. 10. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 14, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007[1]

Regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação de cálculo da Margem de Solvência constante do caput do art. 8º da Resolução Normativa nº 160, de 03 de julho de 2007, com a utilização de modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no uso de suas atribuições legais definidas no inciso I, do art. 26, da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 03 de setembro de 2004, e baseado no disposto no §4º, do art. 8º, da RN Nº 160, de 03 de julho de 2007, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta os critérios e diretrizes para substituição da formulação de cálculo da Margem de Solvência constante do *caput* do art. 8º da Resolução Normativa nº 160, de 03 de julho de 2007, com a utilização de modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde.

Art. 2º A Operadora de Planos de Saúde que optar por utilizar modelo baseado nos próprios riscos deverá obter prévia aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art 3º A solicitação de aprovação de metodologia própria prevista no art. 2º deverá ser encaminhada a DIOPE acompanhada dos seguintes documentos:

I – comprovação da manutenção de Patrimônio Mínimo Ajustado, observação das regras estabelecidas para a Dependência Operacional e constituição integral de todas as Provisões estabelecidas pela RN Nº 160, de 2007, sendo estas integralmente lastreadas por ativos garantidores vinculados a ANS conforme disposição contida na RN Nº 159, de 2007;

II – relatório circunstanciado de auditoria independente que assegure a manutenção e a efetividade dos controles internos, a fidedignidade das informações e a confiança nos dados utilizados no modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde;

III – descrição pormenorizada de todos os riscos que serão objeto do modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde;

IV – descrição detalhada da metodologia, conforme descritos no Anexo, a ser utilizada e dos prazos previstos de implementação do modelo próprio baseado nos riscos das Operadoras de Planos de Saúde;

V – testes de adequação do modelo próprio baseado nos riscos da Operadora de Planos de Saúde contemplando o período mínimo de cinco anos observando os requerimentos mínimos descritos no Anexo desta Instrução Normativa; e

VI – Termo de Responsabilidade sobre a fidedignidade e confiabilidade dos dados utilizados no modelo próprio baseado nos riscos devidamente assinado pelo responsável da unidade interna de gerência de risco bem como pelos administradores da Operadora de Planos de Saúde.

Parágrafo único. O atendimento das condições previstas no inciso I a VI não implica na aprovação do modelo próprio baseado nos riscos proposto pela Operadora de Planos de Saúde.

Art. 4º Para fins de avaliação da suficiência do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social Ajustado a Operadora de Planos de Saúde deverá, obrigatoriamente, considerar no modelo próprio os seguintes riscos:

I – Risco de Crédito: medida de incerteza relacionada à probabilidade da contraparte de uma operação, ou de um emissor de dívida, não honrar, total ou parcialmente, seus compromissos financeiros;

II – Risco de Mercado: medida de incerteza, relacionada aos retornos esperados de seus ativos e passivos, em decorrência de variações em fatores como taxas de juros, taxas de câmbio, índices de inflação, preços de imóveis e cotações de ações, ou seja, o comportamento verificado no preço de um bem no dia-a-dia;

III – Risco Legal: medida de incerteza relacionada aos retornos de uma Operadora de Planos de Saúde por falta de um completo embasamento legal de suas operações. O Risco Legal é o risco de não-cumprimento de leis, regras, regulamentações, acordos, práticas vigentes ou padrões éticos aplicáveis, considerando, inclusive, o risco de que a natureza do produto/serviço prestado possa tornar a instituição particularmente vulnerável a litígios;

[1] Publicada no DOU em 28/12/2007, seção 1, p. 113.

IV – Risco de Subscrição: risco oriundo de uma situação econômica adversa que contraria tanto as expectativas da sociedade no momento da elaboração de sua política de subscrição quanto às incertezas existentes na estimação das provisões técnicas. Também envolve a probabilidade dos eventos a serem pagos pela Operadora de Planos de Saúde, em um período futuro, ser maior que o montante de contraprestações a ser recebido; e

V – Risco Operacional: compreendem os demais riscos enfrentados pela Operadora de Planos de Saúde, relacionados aos procedimentos internos tais como risco de perda resultante de inadequações ou falhas em processos internos, pessoas e sistemas, ou seja, é qualquer possibilidade de perda originada por falhas na estrutura organizacional, seja ela oriunda de sistemas, procedimentos, recursos humanos ou tecnológicos ou então, pela perda dos valores éticos e corporativos que unem os diferentes elementos.

Parágrafo único. Poderá ser contemplada a avaliação de outros riscos além dos citados anteriormente desde que devidamente justificados pela Operadora de Planos de Saúde e baseado em critério objetivo e reconhecido por associações, institutos independentes ou entidades reguladoras nacionais ou internacionais.

Art 5º Após a aprovação do modelo próprio baseado nos seus riscos, a Operadora de Planos de Saúde deverá atender os requisitos abaixo:

I – manutenção dos requisitos contidos na RN Nº 160, de 2007;

II – manutenção de Patrimônio Mínimo Ajustado, observação das regras estabelecidas para a Dependência Operacional e constituição integral de todas as Provisões estabelecidas pela RN Nº 160, de 2007, sendo estas integralmente lastreadas por ativos garantidores vinculados a ANS conforme disposição contida na RN Nº 159, de 2007;

III – envio periódico semestral, de relatório circunstanciado de auditoria independente assegurando a manutenção e a efetividade dos controles internos, a fidedignidade das informações e a confiança nos dados utilizados no modelo próprio baseado nos riscos aprovado. O relatório circunstanciado também deverá envolver as demonstrações contábeis, os mecanismos de controles internos e a qualidade e confiabilidade dos relatórios de gestão interna da Operadora de Planos de Saúde;

IV – envio anual, em prazo não superior a sessenta dias da data de aniversário da aprovação do modelo próprio baseado nos riscos, de teste de adequação observando os requisitos mínimos constantes no Anexo desta Instrução Normativa.

§1º O não-cumprimento dos requisitos contidos neste artigo implicará na suspensão dos efeitos advindos da aprovação do modelo próprio baseado nos riscos.

§2º O envio de relatório circunstanciado de auditoria independente citado no inciso III deste artigo deverá observar os seguintes prazos:

I – até o último dia útil do mês de agosto: contemplando no mínimo as informações referentes aos meses de janeiro a junho do mesmo exercício; e

II – até o último dia útil do mês de fevereiro: contemplando no mínimo as informações referentes aos meses de julho a dezembro do exercício anterior.

§3º A DIOPE poderá determinar a suspensão dos efeitos de aprovação no caso de inadequação do modelo baseado nos próprios riscos.

Art. 6º A Operadora de Planos de Saúde poderá solicitar, desde que tecnicamente justificado, a alteração do modelo próprio baseado nos riscos já aprovado.

§1º No caso de solicitação de alteração do modelo próprio baseado nos riscos da Operadora de Planos de Saúde já aprovado a DIOPE poderá determinar o critério para observação de Margem de Solvência, até que haja aprovação do novo modelo.

§2º A justificativa técnica para a mudança de modelo próprio baseado nos riscos deverá estar fundamentada em critérios objetivos resultantes da avaliação de adequação, não sendo aceitos como justificativa técnica à mudança de profissionais responsáveis ou de administradores da Operadora de Planos de Saúde.

Art. 7º No período em que ainda não tenha obtido a aprovação da DIOPE ou em caso de suspensão dos efeitos da aprovação do modelo próprio baseado nos riscos a Operadora de Planos de Saúde deverá observar o que determina o art. 8º, da RN Nº 160, de 2007;

Art. 8º A DIOPE poderá, com base em aspectos técnicos, fixar um critério mínimo para fazer frente as oscilações das operações das Operadoras de Planos de Saúde que optarem pela utilização das disposições contidas na presente Instrução Normativa e obtiverem aprovação de seu modelo próprio baseado nos riscos em substituição a formulação do cálculo mensal da Margem de Solvência.

Art. 9º A íntegra da documentação que baseia a solicitação de aprovação do modelo próprio baseado nos riscos, bem como os documentos que fundamentam o envio de informações periódicas previstas no

art. 5º desta Instrução Normativa deverá ser mantida pela Operadora de Planos de Saúde em bom estado de conservação por período mínimo de cinco anos à disposição da ANS.
Art. 10. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

ANEXO
Aspectos mínimos a serem observados no encaminhamento do modelo próprio baseado em risco e sua revisão.

Os documentos relativos ao modelo próprio baseado nos riscos devem ser encaminhados em versão original, contendo a assinatura do responsável pela unidade interna de gerência de risco, do atuário, do contador e dos administradores da Operadora de Planos de Saúde. Tanto a assinatura do atuário quanto a assinatura do contador deverão vir acompanhadas dos respectivos números de identificação profissional perante os órgãos competentes.
Os documentos relativos ao modelo próprio baseado nos riscos deverão apresentar, no mínimo, os seguintes aspectos:

1. Definições Gerais – no que couber, este item deverá incluir a definição de termos técnicos necessária à perfeita compreensão do modelo próprio baseado nos riscos.

2. Bases Técnicas:
- definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados no modelo próprio baseado nos riscos;
- especificação dos critérios técnicos adotados no modelo próprio baseado nos riscos bem como suas respectivas justificativas técnicas;
- no caso de utilização de tábuas biométricas, estas deverão ser reconhecidas pelo Instituto Brasileiro de Atuaria – IBA e ser especificada no modelo próprio baseado nos riscos;
- no caso da utilização de índices financeiros de atualização, especificar o índice, o seu critério de aplicação e a sua referência bem como justificativa técnica para sua adoção;
- no caso de utilização de expectativas de taxas de juros, taxas de câmbio, índices de inflação, cotações de ações e preços de bens ou imóveis deverão ser apresentados os critérios de aplicação bem como as justificativas técnicas; e
- quando as bases técnicas contemplarem premissas de qualquer natureza, estas deverão estar fundamentadas tecnicamente inclusive, quando for o caso, com a indicação de suas fontes.

3. Quanto aos riscos abordados no modelo:
- descrição de todos os riscos constantes no modelo próprio baseado nos riscos; e
- estudo sobre a concentração de riscos da Operadora de Planos de Saúde e o critério de ponderação adotado no modelo próprio baseado nos riscos, com justificativas, para o cálculo do capital requerido.

4. Metodologia de cálculo:
- apresentar as formulações utilizadas;
- apresentar a base de dados e estatísticas utilizadas, acompanhadas da especificação do período e das fontes, bem como demonstrativo de cálculo;
- quaisquer alterações adotadas no modelo próprio baseado em risco deverão ser previamente submetidas à análise e aprovação da DIOPE, acompanhadas de estudo técnico que as justifique;
- deverá contemplar os aspectos referentes à volatilidade, incerteza e tratamento de eventos extremos; e
- indicação da bibliografia e fontes de informações utilizadas.

5. Quanto às hipóteses e parâmetros utilizados no modelo:
- deverão contemplar a interação do modelo próprio baseado nos riscos com o processo cotidiano de gerenciamento de risco da Operadora de Planos de Saúde; e

- definição da probabilidade anual de insolvência considerada no modelo próprio baseado nos riscos e a justificativa técnica para a adoção de tal valor, quando for o caso.

6. Quanto aos dados/informações utilizados na construção do modelo:
- histórico das informações/dados válidos;
- o atuário deverá observar se a base de dados utilizada apresenta consistência estatística suficiente incluindo item que descreva a forma como a consistência desses dados foi avaliada; e
- base temporal a que se referem os dados utilizados, que deverá compreender período mínimo de doze meses.

7. Quanto à consistência do modelo proposto:
- o modelo próprio baseado nos riscos deverá vir acompanhado de teste de aderência e consistência de forma a verificar os efeitos de correlação entre as diferentes classes de risco, teste de estresse e exames baseados em simulação de cenários;
- relatório atestando a consistência do modelo próprio baseado nos riscos proposto bem como o detalhamento dos testes realizados e a sua confiabilidade e adequação à realidade da Operadora de Planos de Saúde; e
- base temporal a que se referem os dados utilizados na validação do modelo, que deverá compreender o período mínimo de sessenta meses.

8. Quando da revisão anual do modelo próprio baseado nos riscos da Operadora de Planos de Saúde deverá descrever, além daqueles aspectos constantes do item 7 deste Anexo, o processo interno de revisão e a sistemática formal para avaliação, documentação e correção dos eventuais desvios observados.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 15, DE 11 DE MARÇO DE 2008[1]

Regulamenta o disposto no art. 32, §1º da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, revoga a IN nº 7, de 2006 e dá outras providências.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições legais definidas nos incisos I e VII do art. 26 n/f do art. 65, I, "a", todos do Anexo I da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 2004 e suas alterações posteriores e, considerando o disposto no art. 32, §1º da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa – IN regulamenta o disposto no art. 32, §1º da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, revoga a IN nº 7, de 2006 e dá outras providências.
Art. 2º O processo de obtenção de autorização de funcionamento das Operadoras que já possuíam Registro Provisório divide-se nas seguintes e sucessivas etapas:
I – Registro de Operadora;
II – Registro de Produto; e
III – Autorização de Funcionamento.
Parágrafo único. A possibilidade de dispensa de apresentação de algum documento previsto no Anexo IV, da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, restringe-se, tão somente, à concessão do Registro de Operadora, após o decurso do prazo final concedido à sua apresentação.
Art. 3º Constituem etapas preliminares de regularização os seguintes procedimentos:
I – apresentação de "Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras" conforme disposto no Anexo I da presente IN, para fins de regularização das pendências documentais no processo de autorização de funcionamento em prazo não superior a 90(noventa) dias;[2] e
II – aprovação de Plano de Recuperação, tal como definido pela RDC nº 22, de 2000, para fins de regularização das pendências econômico-financeiras.
Parágrafo único. Consideram-se pendências econômico-financeiras aquelas derivadas do item 1.6, do Anexo IV, da RN Nº 85, de 2004 alterada pela RN Nº 100, de 2005 na forma do disposto nas RNs nº 159 e 160, ambas de 2007.
Art. 4º As Operadoras que possuírem pendências documentais receberão ofício da Gerência de Habilitação da Gerência-Geral de Habilitação e Regimes Especiais – GEHAB/GGHRE para apresentação do Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras.
Parágrafo único. Caso a Operadora não apresente o Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, ou o mesmo não contemple todas as pendências apontadas pelo setor competente, será aplicado o disposto no art. 35, da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, e/ou, no que couber, o disposto no art. 24 da Lei nº 9.656 de 1998.
Art. 5º As Operadoras que possuírem pendências econômico-financeiras receberão ofício da Gerência de Acompanhamento das Operadoras da Gerência-Geral de Acompanhamento das Operadoras e Mercado – GEAOP/GGAME para apresentação de Plano de Recuperação, na forma da RDC nº 22, de 2000.
§1º Aprovado o Plano de Recuperação, a GEAOP/GGAME comunicará a GEHAB/GGHRE para prosseguimento à outorga do Registro de Operadora.
§2º Caso a Operadora não apresente o Plano de Recuperação, ou o mesmo não seja aprovado, a GEAOP/GGAME certificará os autos do processo administrativo correspondente e aplicará o disposto no art. 35, da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, e/ou, no que couber, o disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998.
§3º A GEAOP/GGAME poderá requisitar o fornecimento de informações adicionais ao Plano de Recuperação sempre que entender necessárias à sua aprovação ou ao seu acompanhamento.

[1] Publicada no DOU em 12/03/2008, seção 1, p. 49.
[2] O inciso I do art. 3º foi alterado, conforme art. 1º da IN-DIOPE nº 44/2010.

Art. 6º Verificado o cumprimento das etapas preliminares previstas no art. 3º, será outorgado o Registro de Operadora e comunicado à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

Art. 7º Caso seja constatado o descumprimento do Plano de Recuperação aprovado e/ou do Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras apresentado, o setor competente da DIOPE certificará nos autos do processo administrativo correspondente e aplicará o disposto no art. 35, da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005, observando, no que couber, o disposto no art. 24 da Lei nº 9.656 de 1998.

Art. 8º A DIOPE não concederá Autorização de Funcionamento às Operadoras que tenham se utilizado dos procedimentos descritos na presente IN enquanto não houver o total cumprimento do Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras e/ou Plano de Recuperação.

Parágrafo único. Havendo a comprovação da obtenção de Registro de Produto junto à DIPRO, conforme disposto no inciso II do artigo 31 da RN 100, de 2005, bem como sendo constatado que houve o total cumprimento do Plano de Recuperação aprovado e/ou o total cumprimento do Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras apresentado, a DIOPE concederá Autorização de Funcionamento às Operadoras descritas no *caput* do presente artigo, comunicando-as de tal fato.

Art. 9º Eventuais casos omissos nessa IN deverão ser submetidos à DIOPE, que decidirá acerca dos procedimentos a serem adotados.

Art. 10. O Anexo I constitui parte integrante dessa IN.

Art. 11. Revoga-se a IN nº 7, de 18 de agosto de 2006.

Art. 12. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

ANEXO I

TERMO DE ASSUNÇÃO DE OBRIGAÇÕES PARA PENDÊNCIAS DOCUMENTAIS

Pelo presente instrumento, a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde xxxxxxxxxxxxxxxxxx, registrada na ANS sob o nº xx.xxx-x e inscrita no CNPJ/MF sob o nº xx.xxx.xxx/xxxx-xx, com sede na xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, nº xxx, Bairro, na cidade de xxxxxxxxxx/XX, neste ato representada por xxxxxxxxxxx, Representante Legal, portador da carteira de identidade XXXXXXXX, CPF nº XXXXXXXXX, conforme instrumento hábil anteriormente enviado à ANS, doravante denominada INTERESSADA, com fundamento na Instrução Normativa – IN nº x, de xx de xxxx de 2008, e Considerando que a fase atual do Processo Administrativo nº 33902.XXXXXX/200X-XX admite a apresentação desse Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, conforme a IN nº x, de xx de xxxx de 2008 c/c art. 32, §1º da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 85, de 2004 alterada pela RN Nº 100, de 2005;

RESOLVE apresentar Termo de Assunção de Obrigações da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, doravante denominado TERMO, em conformidade com as seguintes cláusulas e condições:

1 – Este TERMO tem por objeto evitar o cancelamento compulsório da INTERESSADA nos termos do art. 35 da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005 n/f do disposto na IN nº x, de xx de xxxx de 2008, em razão do não envio de toda documentação exigida no seu anexo IV, visando preservar os interesses dos consumidores, estabelecendo prazo e condições para a remessa de informações necessárias ao seu cumprimento, e parâmetros para a outorga do Registro de Operadora pelo período de vigência ora estabelecido.

2 – Visando a outorga de seu Registro de Operadora, a INTERESSADA se compromete a apresentar, no prazo de XX (XXXXX) dias, contados a partir da apresentação do presente termo, o(s) seguinte(s) documento(s):
- xxxxxxxxxxxxxxx;
- xxxxxxxxxxxxxxx;

3 - O descumprimento das obrigações assumidas pela INTERESSADA neste instrumento implicará na adoção das medidas estabelecidas na IN nº x, de xx de xxxx de 2008.

4 - A INTERESSADA declara estar CIENTE do que ora se compromete, assumindo obrigação positiva e negativa perante a DIOPE/ANS, a fim de que não seja aplicado cancelamento compulsório da mesma nos termos do art. 35 da RN Nº 85, de 2004, alterada pela RN Nº 100, de 2005 n/f do disposto na IN nº x, de xx de xxxx de 2008.

5 - Por fim, A INTERESSADA declara estar CIENTE de que as obrigações ora assumidas, apenas servem para regularização junto ao processo de outorga da Autorização de Funcionamento, não eximindo a INTERESSADA das sanções administrativas cabíveis pelo descumprimento das normas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Rio de Janeiro, xxxxxxxxxxxxxxxx de 2008.

REPRESENTANTE LEGAL DA OPERADORA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 20 DE OUTUBRO DE 2008[1]

Define a forma de as Operadoras de Planos de Saúde contabilizarem as Obrigações Legais como definidas pela NPC 22 do IBRACON.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no art. 3º da Resolução Normativa – RN Nº 136, de 31 de outubro de 2006, na forma do disposto no art. 65, I, "a", do Anexo I da RN Nº 81, de 2 de setembro de 2004 e alterações posteriores e, considerando a necessidade de regulamentar a forma de contabilização das Obrigações Legais, como definido pela Norma de Procedimento Contábil nº 22, de 25 de abril de 2005, do Instituto Brasileiro de Contabilidade – NPC 22/IBRACON, bem como a forma de contabilização de prejuízos apurados em cada exercício social, resolve:

Art. 1º O montante do prejuízo apurado ao término de cada exercício social deve ser apresentado na conta Prejuízos/Déficits Acumulados ou Resultado no grupo do Patrimônio Líquido, sendo vedada sua transferência para o Ativo a qualquer título.[2]

Art. 2º O montante do Principal, dos juros e outros encargos, se aplicáveis, das Obrigações Legais a pagar derivadas de um contrato, de uma Lei ou de outro instrumento fundamentado em Lei, como estabelecidas na NPC 22/IBRACON devem ser registrados a débito do resultado do exercício social corrente, em relação aos exercícios de 2008, 2009 e 2010.

Parágrafo único. A partir do exercício de 2011 será aplicado o Pronunciamento Técnico nº 25, emitido pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis, aprovado pelo Conselho Federal de Contabilidade - CPC nº 25, observado, quanto ao exercício específico de 2011, o disposto no art. 4º-B.

Art. 3º As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que, na data de publicação desta Instrução Normativa, não estiverem contabilizando as Obrigações Legais citadas no artigo anterior poderão, no exercício social de 2008, contabilizá-las a débito da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados, exclusivamente para a parcela correspondente a exercícios anteriores a 2008.

Art. 4º As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na Assembléia Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2008 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata esta Instrução Normativa, e contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo.

Parágrafo único. A faculdade de que trata o *caput* deste artigo somente poderá ser praticada no exercício social de 2008.

Art. 4º-A. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na Assembléia-Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2009 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das Obrigações Legais de que trata esta Instrução Normativa, e contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Lucros ou Prejuízos Acumulados para o Ativo Realizável a Longo Prazo. [3]

Parágrafo único. A faculdade de que trata o *caput* deste artigo poderá ser praticada no exercício social de 2009.

Art. 4º-B As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, classificadas nas modalidades Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas, que na Assembléia-Geral Ordinária relativa ao exercício social de 2011 deliberarem pela transferência para seus cooperados da responsabilidade de pagamento das

[1] Publicada no DOU em 28/10/2008, seção 1, p. 11.

[2] Os arts. 1º e 2º passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da IN-DIOPE nº 48/2011.

[3] O art. 4º-A, bem como seu parágrafo único, foram acrescidos conforme art. 1º da IN-DIOPE nº 39/2010.

Obrigações Legais de que trata esta Instrução Normativa, e contabilizados na forma estabelecida no artigo 3º, classificados no Passivo Circulante ou no Passivo Não Circulante, poderão, excepcionalmente, transferi-los da conta de Prejuízos/Déficits Acumulados ou Resultado para o Ativo Não Circulante.[1]

§1º A faculdade de que trata o *caput* deste artigo só poderá ser exercida no exercício social de 2011.

§2º Somente as Obrigações Legais de natureza tributária, à exceção da Taxa de Saúde Suplementar, poderão ser transferidas da conta de Prejuízos/Déficits Acumulados para o Ativo Não Circulante.

Art. 5º A partir do exercício social de 2009 as Cooperativas Médicas e Cooperativas Odontológicas que tiverem se utilizado da exceção prevista no artigo anterior deverão, ao término de cada exercício social, proceder à avaliação do montante registrado no Passivo Exigível a Longo Prazo, observados os seguintes critérios:

I – Na hipótese de ocorrer redução, por qualquer motivo, do montante contabilizado no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, deverá a Operadora promover idêntica redução no Ativo Realizável a Longo Prazo anteriormente constituído; ou

II – Na hipótese de ocorrer aumento, por qualquer motivo, do montante contabilizado no Passivo Circulante ou no Passivo Exigível a Longo Prazo, deverá a Operadora contabilizar a correspondente contrapartida a débito do resultado do exercício social em curso.

Art. 6º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.[2]

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] O art. 4º-B foi acrescido, conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 48/2011.

[2] Retificado conforme publicação no DOU de 29/10/2008, seção 1, p. 339.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 28, DE 2 DE JUNHO DE 2009[1]

Define os aspectos e as informações que devem constar da Nota Técnica de Risco – NTR para fins de aprovação por parte da DIOPE, conforme o estabelecido no inciso VII do Art. 6º da RN Nº 191, de 08 de maio de 2009, que institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar – FGS.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 65 inciso I, alínea a, da Resolução Normativa – RN Nº 81, de 02 de setembro de 2004 e baseado no disposto no inciso VII do art. 6º da Resolução Normativa – RN Nº 191, de 8 de maio de 2009, resolve:

Art. 1º A Nota Técnica de Risco a ser apresentada para análise e possível aprovação por parte da DIOPE para fins de constituição de Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS), bem como para fins de ingresso, saída voluntária ou exclusão de uma Operadora de Planos de Assistência à Saúde em um FGS deverá conter os seguintes documentos mínimos:

I – Análise individualizada das Operadoras que pretendem constituir ou ingressar em um FGS e/ou a análise individualizada das Operadoras que já se encontram em um FGS para fins de exclusão ou saída voluntária de uma Operadora, que deverá contemplar:

a) histórico da situação econômico-financeira da Operadora nos últimos três anos, abrangendo os aspectos de liquidez corrente e geral, estrutura de capital próprio e de terceiros, suas fontes de financiamento utilizadas e seus respectivos custos e montantes a serem saldados por prazo de vencimento, em especial no que tange às atividades de investimento, além de seu grau de endividamento e capacidade de pagamento e manutenção dos níveis de solvência, e dos indicadores de rentabilidade, tais como a margem de lucro operacional, margem de lucro líquido, margem LAJIR (lucro antes de juros e impostos) e margem LAJIDA (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização);

b) composição da Carteira de Beneficiários, abrangendo tipo de cobertura assistencial oferecida, quantidade de beneficiários por faixa etária, região geográfica atendida, valor médio cobrado de cada beneficiário nos últimos três anos de atuação e custos médios dos principais eventos com base nos últimos três anos;

c) estrutura administrativa existente;

d) formas de comercialização dos produtos e os custos médios dessa comercialização com base no praticado nos últimos três anos de atuação;

e) impostos e tributos incidentes sobre as operações e montantes devidos e/ou recolhidos nos últimos três anos de atuação, bem como participação em programas federais, estaduais e/ou municipais de refinanciamento de obrigações;

f) montantes devidos e/ou recolhidos relativos ao ressarcimento ao SUS nos últimos três anos de atuação; e

g) política praticada para administração dos diversos riscos a que se encontra exposta a Operadora.

II – Estudo econômico baseado em modelos de métodos quantitativos (e descrição dos métodos utilizados), que contemple a caracterização dos riscos a que cada Operadora se encontra exposta, abrangendo os risco relacionados à atividade econômica, os relacionados à ação governamental e os riscos operacionais.

a) no tocante aos riscos relacionados à atividade econômica, o estudo deverá abranger, no mínimo:

1. situação da Operadora em face da concorrência;

2. comportamento dos custos dos serviços prestados e sua perspectiva futura para os próximos três anos;

3. previsão do comportamento da carteira de beneficiários por faixa etária (maiores e menores de 60 anos) para os próximos três anos; e

4. fatores macroeconômicos presentes e perspectivas futuras que possam vir a influenciar a atividade da Operadora.

b) no tocante aos riscos relacionados à ação governamental, o estudo deverá abranger, no mínimo:

[1] Publicada no DOU em 03/06/2009, seção 1, p. 31.

1. responsabilidade contratual e impacto decorrente de alterações no Rol de Procedimentos por parte da ANS na situação econômica da Operadora; e
2. custos de atendimento as imposições de fornecimento de dados por parte da ANS, bem como custos relacionados a fiscalizações e prestação de informações econômico-financeiras e de outras naturezas.

c) no tocante aos riscos operacionais, o estudo deverá abranger, no mínimo:
1. risco atuarial;
2. queda nas vendas;
3. insatisfação de clientes;
4. obrigação de prestação de serviços não contratualmente previstos em função de decisão judicial, baseado nos fatos ocorridos nos últimos três anos; e
5. necessidade de manutenção de padrões mínimos de provisões técnicas e de correspondentes ativos garantidores.

III – Estudo econômico, baseado em modelos de métodos quantitativos (e descrição dos métodos utilizados), que detalhe o impacto esperado nos riscos a que cada Operadora está sujeita decorrente do ingresso no FGS, e o que é esperado de melhora na situação financeira e econômica da Operadora em decorrência desse ingresso.

Art. 2º A Nota Técnica de Risco, como prevista no artigo 1º da presente Instrução Normativa, deverá ser elaborada e assinada por Economista e por Atuário devidamente habilitados ao exercício profissional, que atestarão sua independência em relação à Operadora, além de ser assinada e aprovada pelo Representante Legal da Operadora.

Parágrafo único. Será indeferida de plano a NTR quando verificada, em relação a qualquer das Operadoras postulantes:

I – existência de pendências no envio de informações periódicas obrigatórias por força dos normativos expedidos pela ANS;

II – ausência ou insuficiência de Recursos Próprios Mínimos ou de constituição de Provisões Técnicas ou excedente de Dependência Operacional, na forma do disposto na Resolução Normativa – RN Nº 160, de 3 de julho de 2007;

III – ausência ou insuficiência de Ativos Garantidores das provisões mencionadas no inciso II acima ou ao excedente Dependência Operacional, na forma do disposto na Resolução Normativa nº 159, de 3 de julho de 2007.

Art. 3º A NTR deverá ser atualizada no mínimo uma vez a cada dezoito meses de sua aprovação.

Art. 4º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 31, DE 8 DE SETEMBRO DE 2009[1]

Regulamenta o procedimento de Visita Técnica às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 76, I, "a" e o art. 31, I "d" da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 16 de julho de 2009 e, baseado no disposto no inciso VI do art. 34, resolve:

Art. 1º Define-se como Visita Técnica 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 inconsistências econômico-financeira, a critério do Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras.

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;

III – solicitação da presença do representante legal da operadora ou pessoa por ele designada como responsável pela apresentação dos documentos e demais informações requisitadas durante a Visita Técnica;

IV – discriminação dos documentos e informações que deverão ser apresentados; e

V – identificação dos servidores públicos que farão a visita técnica.

§2º A intimação mediante ofício pode ser efetuada por via postal com aviso de recebimento, por telegrama, por ciência no processo ou por outro meio que assegure a certeza da ciência da operadora.

§3º Na hipótese de a documentação não ser entregue, no todo ou em parte, no primeiro dia da Visita Técnica, ou surgindo a necessidade de requisição de novos documentos, será lavrada Instrução de Visita Técnica – IVT, que deverá ser assinada pela equipe da ANS e pelo representante da operadora.

Art. 3º Os resultados apurados na Visita Técnica serão registrados em Nota que avaliará a situação econômico-financeira da operadora e o atendimento a dispositivos regulatórios a ela aplicáveis.

§1º A operadora será comunicada das conclusões da Nota indicada no *caput* por meio de ofício, na forma do que estabelece o §2º do art. 3º desta IN.

§2º Identificadas inconsistências ou irregularidades nas informações econômico-financeiras, ou o não atendimento a dispositivos regulatórios, a operadora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a adoção das medidas saneadoras cabíveis, a contar do recebimento do ofício indicado no §1º deste artigo.

§3º Ao término do prazo previsto no §2º deste artigo, serão analisadas, por meio de Nota, as eventuais medidas saneadoras levadas a termo pela operadora, cabendo recomendação de uma das seguintes medidas administrativas:

I – manutenção da operadora em acompanhamento econômico-financeiro regular;

II – solicitação de Plano de Recuperação à operadora; ou

III – aplicação de medida prevista no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 4º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] Publicada no DOU em 09/09/2009, seção 1, p. 30.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 33, DE 5 DE OUTUBRO DE 2009[1]

Regulamenta o artigo 1º, §2º da Resolução Normativa – RN nº 203, de 1 de outubro de 2009.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no inciso II do art. 31 da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 17 de julho 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa – IN regulamenta o artigo 1º, §2º da Resolução Normativa – RN Nº 203, de 1 de outubro de 2009.

Art. 2º As Administradoras de Benefícios deverão vincular ativos garantidores à ANS no montante de 33% (trinta e três por cento) da receita trimestral dos contratos coletivos estipulados.

Parágrafo único. O montante de ativos garantidores a ser vinculado à ANS deverá ser apurado mensalmente e considerar as receitas independente de seu efetivo recebimento por parte das operadoras, em obediência ao Princípio Contábil da Competência.

Art. 3º As Administradoras de Benefícios deverão enviar à ANS trimestralmente relatório contendo a memória do cálculo de que trata o artigo anterior, com os seguintes elementos mínimos:

a) faturamento mensal dos contratos estipulados contendo o valor total, subtotais por operadora e por tipo de contrato, nessa estrutura hierárquica;

b) montante mensal de inadimplência total e por operadora;

c) manifestação formal de auditoria independente acerca da fidedignidade das informações apuradas; e

d) manifestação individualizada de cada operadora acerca da fidedignidade das informações referentes às receitas dos seus contratos.

Parágrafo único. O prazo para envio do relatório de que trata o *caput* é o mesmo estabelecido pela regulamentação em vigor para as informações contábeis do Documento de Informações Periódicas – DIOPS.

Art. 4º Em substituição ao percentual definido no artigo 2º, as Administradoras de Benefícios poderão utilizar percentual obtido através de metodologia própria, desde que esta seja previamente aprovada pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

Parágrafo único. A Nota Técnica contendo a metodologia de que trata o *caput* deverá possuir as informações constantes das alíneas "a" a "c" do artigo 3º, independente de outras informações que a DIOPE entenda necessárias.

Art. 5º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] Publicada no DOU em 06/10/2009, seção 1, p. 31.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 34, DE 5 DE OUTUBRO DE 2009[1]

Versa sobre os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios, bem como sobre a adequação da classificação das operadoras enquadradas como Administradoras de Planos.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no inciso II do art. 31 da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 17 de julho 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa – IN versa sobre os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios, bem como sobre a adequação da classificação das operadoras enquadradas como Administradoras de Planos.

Art. 2º Para fins de obtenção de autorização de funcionamento, as pessoas jurídicas que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar na modalidade organizacional de Administradora de Benefícios deverão atender ao disposto na Resolução Normativa – RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, bem como as disposições contidas no Anexo I daquele normativo.

Parágrafo único. O objeto social das Administradoras de Benefícios não poderá conter atividades não previstas na Resolução Normativa – RN Nº 196, de 14 de julho de 2009.

Art. 3º As Administradoras de Planos que já possuem registro provisório ou autorização de funcionamento deverão apresentar seus contratos/estatutos sociais contemplando a adequação de seu objeto social, no prazo de sessenta dias a contar da publicação desta Instrução Normativa.

Art. 4º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

[1] Publicada no DOU em 06/10/2009, seção 1, p. 31.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 45, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2010[1]

Regulamenta o disposto no §3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 227, de 19 de agosto de 2010, quanto ao Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA exigido.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no art.31, I c/c art. 76, I, "a" da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 17 de julho de 2009, considerando a necessidade de regulamentar o §3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN Nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, que dispõe, em especial, sobre Documento de informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, bem como regulamentar o art. 5º da Resolução Normativa – RN Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa – IN regulamenta o disposto no §3º do art. 2º-A da Resolução Normativa – RN Nº 173, de 10 de julho de 2008, e alterações posteriores, e o disposto no art. 5º da Resolução Normativa – RN Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõem sobre o Relatório de Procedimentos Previamente Acordados – PPA, a ser elaborado por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários – CVM, sobre as informações econômico-financeiras a serem transmitidas por meio do DIOPS.

Art. 2º Os procedimentos a serem realizados pelos auditores independentes estão definidos nos anexos I e II que são partes integrantes da presente Instrução Normativa e estão disponíveis para consulta e cópia no sítio da ANS, na rede mundial de computadores, no endereço eletrônico http://www.ans.gov.br.

§1º O Anexo I trata dos procedimentos previamente acordados sobre a Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar a ser informada no DIOPS/ANS (Financeiro), conforme previsto na Resolução Normativa – RN Nº 227, de 2010.

§2º O Anexo II trata dos procedimentos previamente acordados sobre as demais informações econômico-financeiras a serem informadas no DIOPS/ANS (Financeiro), segundo a previsão da Resolução Normativa – RN Nº 173, de 2008, e suas alterações.

Art. 3º O Relatório de PPA com os procedimentos definidos no Anexo I deve ser enviado, eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS trimestral, a partir do primeiro trimestre do exercício social de 2011, inclusive.

Art. 4º O Relatório de PPA com os procedimentos definidos no Anexo II deve ser enviado, eletronicamente, em conjunto com o DIOPS/ANS, exclusivamente sobre as informações referentes ao segundo trimestre de cada exercício social, a partir de 2011, inclusive.

Art. 5º Os relatórios de PPA, conforme os artigos 3º e 4º, devem ser transmitidos por meio da rede mundial de computadores (internet), cujas orientações para o preenchimento e envio estarão disponíveis no sítio da ANS http://www.ans.gov.br.

Art. 6º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO REIS TAVARES

[1] Publicada no DOU em 16/12/2010, seção 1, p. 71 a 74.

ANEXO I
PROCEDIMENTOS PREVIAMENTE ACORDADOS – PPA SOBRE A PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR – DIOPS/ANS

Data-base do DIOPS: ____ trimestre de _____.

1 – DIOPS Financeiro e Balancete

1.1 – Com base no balancete de verificação devidamente assinado pelo Contabilista e pelo Diretor responsável da Operadora, elaborado para a data-base sob exame, preencher o quadro abaixo com o saldo final das classes e grupos de contas identificados, que serão informados no DIOPS:

Contas	**Saldo – R$**
1 – Ativo	
12 – Ativo Circulante	
13 – Ativo Não Circulante	
2 – Passivo	
21 – Passivo Circulante	
23 – Passivo Não Circulante	
25 – Patrimônio Líquido / Patrimônio Social	
3 – Receita	
31 – Contraprestações Efetivas/Prêmios Ganhos de Planos de Assist. à Saúde	
32 – (-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde	
33 Outras Receitas Operacionais	
34 – Receitas Financeiras	
35 – Receitas Patrimoniais	
4 – Despesa	
41 – Eventos Indenizáveis / Sinistros Retidos	
43 – Despesas de Comercialização	
44 – Outras Despesas Operacionais	
45 – Despesas Financeiras	
46 – Despesas Administrativas	
47 – Despesas Patrimoniais	
61 – Impostos e Participações sobre o Lucro	
69 – Apuração do Resultado	

2 – EVENTOS / SINISTROS A LIQUIDAR

Controle Gerencial (Relatório analítico)

2.1 – A operadora dispõe dos seguintes controles gerenciais obrigatórios para comprovar as operações registradas na contabilidade:

Registro de Eventos / Sinistros Conhecidos ou Avisados	Sim? ( )	Não? ( )
Registro de Eventos / Sinistros Ressarcidos ou Recuperados	Sim? ( )	Não? ( )

2.1.1 – O saldo de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, demonstrado no Controle Gerencial (analítico), confere com o saldo apresentado no balancete contábil da data-base analisada?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

Contabilização, Competência e Plano de Contas Padrão

2.2 – Obter o saldo do Livro Razão e preencher o quadro abaixo com os valores que serão informados no DIOPS:

Contas	Saldo Total
Provisão de Eventos a Liquidar (2111791 + 2112791)	R$ _____
Provisão de Sinistros a Liquidar (2111792 + 2112792)	R$ _____

2.2.1 e 2.2.2 – Teste de Eventos/Sinistros a Liquidar

2.2.1 – Eventos/Sinistros a Liquidar – com base no Controle Gerencial (relatório analítico) de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, observando a distribuição abaixo, 15 (quinze) contas de eventos/sinistros médico-hospitalares e 15 (quinze) contas de eventos/sinistros odontológicos e aplique os procedimentos 2.2.1.1 a 2.2.1.4.

Distribuição das contas médico-hospitalares
- 10 (dez) contas médico-hospitalares de prestador pessoa física; e
- 5 (cinco) contas médico-hospitalares de prestador pessoa jurídica.

Distribuição das contas odontológicas
- 10 (dez) contas odontológicas de prestador pessoa física; e
- 5 (cinco) contas odontológicas de prestador pessoa jurídica.

2.2.1.1 – Os eventos/sinistros a liquidar estão suportados por documentos referentes à despesa médico-hospitalar/odontológica com o beneficiário do plano de saúde da operadora (nota fiscal, fatura ou boleto bancário), que fundamentam os valores a pagar ao prestador do serviço assistencial?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.2 – Os eventos/sinistros a liquidar foram contabilizados na data da apresentação/aviso, ou seja, na data em que a OPS tomou conhecimento do gasto assistencial?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.3 – A despesa (evento/sinistro) foi reconhecida pelo valor total da conta médica ou odontológica, sendo eventuais glosas ou co-participações, contabilizadas, posteriormente, como recuperação da despesa assistencial?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.4 – A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

2.2.1.4.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.4.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.1.4.3 – A contabilização do evento/sinistro, na data do aviso, foi a crédito da conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar (21117/21127) e a débito de Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados (411)?
( ) Sim.

( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2 – Eventos Subsequentes – com base no relatório de pagamentos (movimento de caixa, extrato bancário ou outro controle que demonstre os pagamentos efetuados) do mês subsequente a database analisada, selecione, aleatoriamente, 10 (dez) pagamentos de eventos efetuados para prestador pessoa jurídica e 5 (cinco) pagamentos de eventos efetuados para prestador pessoa física e aplique os procedimentos 2.2.2.1 a 2.2.2.3:

2.2.2.1 – Os pagamentos selecionados referem-se a serviço médico-hospitalar/odontológico prestado a beneficiário de plano de saúde da operadora?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.2 – Os eventos/sinistros que originaram os pagamentos selecionados haviam sido contabilizados na conta de Provisão para Eventos/Sinistros a Liquidar na data da apresentação/aviso, ou seja, na data em que a OPS tomou conhecimento do custo assistencial?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.3 – As despesas (eventos/sinistros) referentes aos pagamentos selecionados foram reconhecidas pelo valor total da conta médico-hospitalar ou odontológica, sendo eventuais glosas ou coparticipações, contabilizadas, posteriormente, como recuperação da despesa assistencial?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.2.2.4 – Os eventos/sinistros selecionados conforme o item 2.2.1 e 2.2.2 acima, foram escriturados no Registro Auxiliar, mensal, por credor, contendo a data de aviso e o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, em atenção a RN Nº 227, de 2010?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3 – SEGREGAÇÃO POR DATA DE AVISO DOS EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR

3.1 - Registro Auxiliar - A OPS dispõe do Registro Auxiliar obrigatório, mensal, por credor, contendo a data de aviso e o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar, em conformidade com a RN Nº 227, de 2010?
( ) Sim.
( ) Não. Solicitar à Administração da OPS as explicações para ausência do referido relatório.

3.2 - Confrontar o saldo do balancete contábil, a ser informado no DIOPS sob análise, com o saldo do Registro Auxiliar (Controle Gerencial) e preencher o demonstrativo abaixo:

Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar	**Saldo**		**Diferença R$**
	Balancete Contábil R$	**Registro Auxiliar R$**	
Provisão de Eventos a Liquidar (2111791+ 2112791)			(a)
Provisão de Sinistros a Liquidar (2111792+ 2112792)			(b)

Obter da Administração da OPS explicação para as eventuais diferenças, descrevendo-a de forma sucinta:

a) _____;
b) _____

3.3 – Segregação – Demonstrar, no quadro abaixo, o saldo da Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar a ser informado no DIOPS sob análise, em eventos/sinistros avisados nos últimos 30 dias e em eventos/sinistros avisados há mais de 30 dias:

Descrição	**Valor R$**
Eventos/sinistros conhecidos ou avisados nos últimos 30 dias (*)	
Eventos/sinistros conhecidos ou avisados há mais de 30 dias	
Total da provisão	

(*) considerar os 30 dias que antecedem a data-base do trimestre sob análise, inclusive o último dia.

3.3.1 – Teste de segregação do saldo de eventos/sinistros a liquidar

Amostra: Com base no Registro Auxiliar (*) de Eventos/Sinistros a Liquidar do último mês do trimestre sob análise, selecione, aleatoriamente, 20 (vinte) contas médico-hospitalares e 20 (vinte) contas odontológicas classificadas em 'avisadas nos últimos 30 dias, observando a seguinte distribuição:

- (*) Caso a OPS não prepare o Registro Auxiliar obrigatório (RN Nº 227/2010), a seleção das contas deve ser com base no Livro Razão.

Contas médico-hospitalares
- 10 (dez) contas médico-hospitalares de prestador pessoa física; e
- 10 (dez) contas médico-hospitalares de prestador pessoa jurídica.

Contas odontológicas
- 10 (dez) contas odontológicas de prestador pessoa física; e
- 10 (dez) contas odontológicas de prestador pessoa jurídica.

Para as contas selecionadas, executar os seguintes procedimentos:

3.3.1.1 – verificar se a obrigação está reconhecida na data de aviso da conta médica /odontológica.
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

3.3.1.2 – confirmar se estão corretamente classificadas, de acordo com a data de aviso, em eventos conhecidos ou avisados nos últimos 30 dias e há mais de 30 dias?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

4 – Garantia de Eventos/Sinistros por Depósito Judicial

4.1 – A OPS possui, para a data-base analisada, eventos/sinistros contabilizados e ainda não pagos contabilizados na Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar garantidos por depósito judicial?
( ) Sim. Neste caso, obter, com a Administração da OPS, as informações e Preencher o quadro abaixo.
( ) Não.

Descrição	**R$**
Montante de eventos/sinistros a liquidar garantido por depósito judicial	
Valor do depósito judicial	

ANEXO II
PROCEDIMENTOS PREVIAMENTE ACORDADOS – PPA

SOBRE O DIOPS/ANS

Data-base do DIOPS: ___ trimestre de _____.

1 – DIOPS Financeiro e Balancete de Verificação

1.1 – Com base no balancete de verificação devidamente assinado pelo Contabilista e pelo Diretor responsável da Operadora, elaborado para a data-base sob exame, preencher o quadro abaixo com o saldo final de ATIVO, PASSIVO, RECEITA e DESPESA, das classes e grupos de contas 1, 2, 3, 4 e 61 e 69, respectivamente, que serão informados no DIOPS:

Contas	**Saldo-R$**
1 – Ativo	
2 – Passivo	
3 – Receita	
4 – Despesa	
61 – Impostos e Participações sobre o Lucro	
69 – Apuração do Resultado	

2 – CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA/PRÊMIO A RECEBER

Controle Gerencial (relatório analítico)

2.1 – A operadora dispõe dos seguintes Controles Gerenciais, obrigatórios, para comprovar as operações registradas na contabilidade:

Registro de Contratos e Contraprestações Emitidas / Prêmios Emitidos	Sim? ( )	Não? ( )
Registro de Contratos e Contraprestações Emitidas / Prêmios Recebidos	Sim? ( )	Não? ( )
Registro de Contratos e Contraprestações Canceladas / Prêmios Cancelados	Sim? ( )	Não? ( )

Contabilização, Competência e Plano de Contas Padrão

2.2 – Com base no balancete contábil, preencher o quadro abaixo, informando o saldo total de contraprestações/prêmios a receber na data-base sob análise, distribuído em a receber de contratos individuais e a receber de contratos coletivos:

Contas	**Contratos Individuais R$**	**Contratos Coletivos R$**	**Total R$**
Contraprestação / Prêmios a Receber de Assistência Médico-Hospitalar: (1231111 + 1231112 + 1231113 + 1231114 + 1231115 + 1231116)			
Contraprestação / Prêmios a Receber de Assistência Odontológica: (1231211 + 1231212 + 1231213 + 1231214 + 1231215 + 1231216)			

2.3 a 2.8 – Teste de Contraprestação/Prêmios a Receber Amostra: Com base na análise individualizada de contraprestações/prêmios a receber, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, 20 (vinte) contraprestações/prêmios a receber relativos a contratos individuais e 5 (cinco) contraprestações /prêmios a receber relativos a contratos coletivos e efetue os procedimentos 2.3 a 2.8 a seguir:

2.3 – As contraprestações/prêmios a receber estão suportados por notas fiscais, faturas e/ou boletos de cobrança que representam os valores a receber de beneficiários de planos de saúde?
Contratos individuais:
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

Contratos coletivos:
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.4 – As contraprestações/prêmios a receber estão escrituradas contabilmente em função da modalidade de pagamento contratada com o beneficiário, a preço pré-estabelecido e a preço pós-estabelecido?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.5 – As contraprestações/prêmios a receber emitidas antes do período de cobertura do risco estão contabilizadas como faturamento antecipado?
Contratos individuais:
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para as situações que a OPS não emite contraprestação/ prêmio antes do período de cobertura.

Contratos coletivos:
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para as situações que a OPS não emite contraprestação / prêmio antes do período de cobertura.

2.6 – A receita de contraprestações/prêmios está apropriada ao resultado pelo critério pro rata dia em função do período de cobertura do risco?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.7 – O eventual recebimento financeiro de contraprestações/prêmios antes do inicio do período de cobertura do risco do plano de saúde, foi contabilizado como uma obrigação para com o beneficiário, a crédito da conta própria, no passivo?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para as situações que a OPS não recebeu contraprestação / prêmio antes do período de cobertura.

2.8 – A escrituração no balancete contábil, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

2.8.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

2.8.2 – descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3 – CRÉDITOS A RECEBER DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA NÃO RELACIONADA COM PLANOS DE SAÚDE DA OPERADORA

3.1 – Contas a Receber (124119100+124219100)

Relatório analítico (controle gerencial)

3.1.1 – A operadora dispõe de relatório analítico que compõe o saldo de contas a receber de serviços de assistência médico-hospitalar e/ou odontológico não relacionado com planos de saúde da OPS registrado no balancete contábil?
( ) Sim.
( ) Não. Solicitar à Administração da OPS as explicações para ausência do referido relatório.

Contabilização, Competência, Plano de Contas Padrão e Documentação Hábil

3.1.2 a 3.1.5 – Teste de Contas a Receber

Amostra:
Com base na análise individualizada de contas a receber de serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS, contas 124119100 e 124219100, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, 15 (quinze) títulos e aplique os procedimentos 3.1.2 a 3.1.5 a seguir:

3.1.2 – As contas a receber de serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS estão suportadas por notas fiscais, faturas e/ou boletos de cobrança?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.1.3 – As contas a receber emitidas antes da efetiva entrega do serviço ao contratante estão contabilizadas como faturamento antecipado?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.1.4 – A receita de serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS está apropriada corretamente ao resultado, observando o regime de competência?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.1.5 – A escrituração contábil, no balancete contábil, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

3.1.5.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.1.5.2 – Descrição das contas
( ) Sim?

( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.2 – Outros Créditos Operacionais de Prestação de Serviço Médico-Hospitalar/Odontológico (124189100+124289100)

Relatório analítico (controle gerencial)

3.2.1 – A operadora dispõe de relatório analítico que compõe o saldo de contas a receber de classificadas como "Outros Créditos Operacionais de Prestação de Serviço Médico-Hospitalar/Odontológico" não relacionado com planos de saúde da OPS registrado no Balancete de Verificação?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

Contabilização, Competência, Plano de Contas Padrão e Documentação Hábil

3.2.2 a 3.2.5 – Teste de Outros Créditos Operacionais de Prestação de Serviço Médico-Hospitalar/Odontológico (124189100+124289100)

Amostra:
Com base na análise individualizada de contas a receber classificadas como Outros Créditos Operacionais de Prestação de Serviço Médico-Hospitalar / Odontológico não relacionado a planos de saúde da OPS, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, 10 (dez) títulos e aplique os procedimentos 3.2.2 a 3.2.5 a seguir:

3.2.2 – As contas a receber de serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS estão suportadas por notas fiscais, faturas e/ou boletos de cobrança?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.2.3 – As contas a receber classificadas como Outros Créditos Operacionais de Prestação de Serviço Médico-Hospitalar/Odontológico não relacionado a planos de saúde da OPS emitidas antes da efetiva entrega do serviço ao contratante estão contabilizadas como faturamento antecipado?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.2.4 – A receita de serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS está apropriada corretamente ao resultado, observando o regime de competência?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.2.5 – A escrituração contábil, no balancete contábil, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

3.2.5.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

3.2.5.2 – Descrição das contas
( ) Sim?

( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

4 – PROVISÃO PARA PERDAS SOBRE CRÉDITOS – PPSC

4.1 – PPSC sobre Créditos de Planos de Saúde da Operadora

4.1.1 – Planos individuais a preço pré-estabelecido Em havendo pelo menos uma parcela vencida há mais de 60 dias para os planos individuais com preço pré-estabelecido, a totalidade do contrato está provisionada?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

4.1.2 – Demais planos de saúde
Em havendo pelo menos uma parcela vencida há mais de 90 dias para os demais planos de saúde, a totalidade do contrato está provisionada?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

4.2 – PPSC sobre Créditos de Operações Não Relacionadas com Planos de Saúde da Operadora

Em havendo pelo menos uma parcela vencida há mais de 90 dias para os créditos de operações não relacionadas com planos de saúde, a totalidade do contrato está provisionada?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

4.3 – A escrituração contábil da PPSC, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

4.3.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

4.3.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

5 – DESPESA DE COMERCIALIZAÇÃO DIFERIDA

5.1 a 5.4 – Teste de Despesa de Comercialização Diferida

Amostra:
Com base nos controles gerenciais da OPS, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, a documentação suporte referente a 5 (cinco) operações que deram origem à despesa de comercialização/agenciamento diferida e aplique os procedimentos 5.1 a 5.4 a seguir:

5.1 – A despesa de comercialização/agenciamento é diferida para:

Planos Coletivos	( ) Sim?	( ) Não?
Planos Individuais (a)	( ) Sim?	( ) Não?
Outras Operações Comerciais (b)	( ) Sim?	( ) Não?

(a) Em caso positivo, obter com a Administração da OPS explicações que justificam esse diferimento, descrevendo-as a seguir:
_____ .

(b) Neste caso, se a resposta for positiva, obter as informações da Administração da OPS e descrever qual é a operação que deu origem ao diferimento:
_____.

5.2 – A classificação entre ativo circulante e não circulante está correta?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para situações que a OPS não difere esta despesa.

5.3 – Está correta a apropriação dessa despesa diferida ao resultado de acordo com o regime de competência?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para situações que a OPS não difere esta despesa.

5.4 – A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

5.4.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para situações que a OPS não difere esta despesa.

5.4.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para situações que a OPS não difere esta despesa.

6 – DÉBITOS A PRESTADORES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – MÉDICO-HOSPITALAR E ODONTOLÓGICA NÃO RELACIONADOS COM PLANOS DE SAÚDE DA OPERADORA (2141)

Relatório analítico (controle gerencial)

6.1 – A operadora dispõe de um relatório analítico das contas a pagar a prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar e/ou odontológico não relacionado com planos de saúde da OPS, classificados na conta 2141?
( ) Sim.
( ) Não. Solicitar à Administração da OPS as explicações e relatar o motivo que justifica a falta desse controle.

Contabilização, Competência e Plano de Contas Padrão.

6.2 – Obter o Livro Razão, para a data-base sob exame, e preencher o quadro abaixo com o valor a ser informado no DIOPS:

Conta	**Saldo Total**
Débitos a Prestadores de Serviços de Assistência à Saúde – Contas a Pagar (214119100)	R$_____

6.2.2 a 6.2.4 – Teste de Contas a Pagar a Prestadores de Serviços Assistenciais Não Relacionados com Planos de Saúde da OPS

Amostra:
Com base no relatório analítico de contas a pagar a prestadores de serviços médico-hospitalar/odontológico NÃO relacionados a planos de saúde da OPS, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, 10 (dez) títulos e aplique os procedimentos 6.2.2 a 6.2.4 a seguir:

6.2.2 – As contas a pagar a prestadores de serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS estão suportadas por notas fiscais, faturas e/ou boletos de cobrança?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

6.2.3 – A despesa com serviços médico-hospitalar/odontológico não relacionados a planos de saúde da OPS está apropriada corretamente ao resultado, observando o regime de competência?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

6.2.4 – A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

6.2.4.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

6.2.4.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para mesmas.

7 – OBRIGAÇÕES LEGAIS – TRIBUTOS

7.1 – a OPS contabilizou, para a data-base analisada, os tributos obrigatórios:

Tributos			**(*)**
Imposto de Renda – Pessoa Jurídica	( ) Sim	( ) Não	( ) N/A
Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL	( ) Sim	( ) Não	( ) N/A
PIS	( ) Sim	( ) Não	( ) N/A
COFINS	( ) Sim	( ) Não	( ) N/A
ISS	( ) Sim	( ) Não	( ) N/A

(*) Não Aplicável

Para os casos de resposta negativa, solicitar à Administração da OPS as explicações sobre o que motivou a não contabilização:
_____

7.2 – Tributos questionados judicialmente – os tributos sob questionamento judicial estão contabilizados pelo valor total da obrigação legal, independentemente da probabilidade de êxito na causa?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

7.3 – A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

7.3.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

7.3.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

8 – OBRIGAÇÕES LEGAIS – RESSARCIMENTO AO SUS

8.1 a 8.5 – Teste de Ressarcimento ao SUS

Amostra:
Com base na relação dos Avisos de Beneficiários Identificados – ABIs, para a data-base analisada, selecione, aleatoriamente, 20 (vinte) avisos e aplique os procedimentos 8.1 a 8.5 a seguir:

8.1 – a OPS contabilizou, para a data-base analisada, o Ressarcimento ao SUS como Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

8.2 – o reconhecimento contábil do evento foi efetuado de forma imediata, no momento do aviso, com base na notificação dos Avisos de Beneficiários Identificados – ABIs?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

8.3 – durante o período de apuração do processo de ressarcimento ao SUS, pela ANS, o valor reconhecido como obrigação foi, no mínimo, pelo valor historicamente devido pela OPS?
( ) Sim.
( ) Não. Relatar as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as mesmas.

8.4 – após o período de apuração do processo de ressarcimento, foram efetuados os acertos para mais ou para menos em relação ao valor provisionado conforme previsto no item anterior (8.3)?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

8.5 – A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

8.5.1 – Codificação das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

8.5.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

8.6 – Ressarcimento ao SUS questionado judicialmente

8.6.1 – existe, na data-base sob análise, obrigação legal com ressarcimento ao SUS questionada judicialmente?
( ) Sim.
( ) Não.

8.6.2 – o ressarcimento ao SUS questionado judicialmente está contabilizado pelo valor total da obrigação, independentemente da probabilidade de êxito na causa?
( ) N/A. (Responder N/A no caso de resposta negativa para o item 8.6.1).
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

9 – PROVISÕES TÉCNICAS (EXCETO PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR)

9.1 – Existe, para a data-base sob análise, provisões técnicas calculadas com base em Nota Técnica Atuarial de Provisões?
( ) Sim. Relatar quais são essas provisões técnicas.
( ) Não.

9.2 – A(s) NTAP(s) foi(foram) aprovada(s) pela ANS?
( ) Sim.
( ) Não.

9.3 – No que tange às provisões técnicas baseadas em metodologia própria aprovada pela ANS, o valor contabilizado está de acordo com o calculado pelo Atuário responsável?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

9.4 – Existe a memória de cálculo, disponível, que suporte a estimativa e o valor contabilizado para as provisões técnicas?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

9.5 – As provisões técnicas contabilizadas (baseadas em metodologia própria ou não) obedecem ao menos, o valor mínimo exigido pela ANS?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

9.6 – A segregação das provisões técnicas contabilizadas entre circulante e não circulante está correta?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

9.7 – Para o caso de provisões técnicas classificadas no plano de contas padrão como “Outras Provisões Técnicas”, existe NTAP autorizada pela ANS?
( ) Sim.
( ) Não.

9.8 – A escrituração contábil, no Livro Razão, está de acordo com o Plano de Contas Padrão da ANS, quanto a:

9.8.1 – Codificação das contas
( ) Sim?

( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

9.8.2 – Descrição das contas
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS, as explicações para as referidas divergências.

10 – ATIVOS GARANTIDORES

10.1 – Suficiência – Obtenha a análise da Administração da OPS relativa aos ativos garantidores e execute os procedimentos 10.1.1 e 10.1.2:

10.1.1 – Há suficiência de ativos garantidores (vinculados e não vinculados), na data-base sob analise, em face das provisões técnicas?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para os casos que a OPS não está obrigada a constituir provisão técnica.

10.1.2 – Há suficiência de ativos garantidores (vinculados e não vinculados), na data-base sob análise, em face da receita dos contratos coletivos em que a administradora de benefícios é estipulante conforme regulamentação vigente?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.
( ) N/A. Resposta aplicável para os casos que não se trata de administradora de benefícios.

10.2 – Vinculação – O montante de ativos garantidores vinculados à ANS em fundos dedicados e centrais de custódia está compatível com o saldo contabilizado de Aplicações Vinculadas, na data-base analisada?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

10.3 – Administradora de Benefícios

10.3.1 – Conforme exigido pela regulamentação vigente, a Administradora de Benefícios possui um relatório trimestral dos contratos coletivos estipulados, demonstrando a apuração do montante de ativos garantidores vinculados à ANS?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

10.3.2 – Conforme exigido pela regulamentação vigente, o relatório de ativos garantidores vinculados à ANS pela Administradora de Benefícios, demonstra:
(i) o faturamento mensal dos contratos estipulados contendo o valor total, subtotais por operadora e por tipo de contrato, nessa estrutura hierárquica; e
(ii) o montante mensal de inadimplência total e por operadora?
( ) Sim.
( ) Não. Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

11 – IDADE DE SALDOS – Contas a Receber e Contas a Pagar

11.1 – Idade de Saldos de Contas a Receber

11.1.1 – O demonstrativo de Distribuição dos Saldos de Contas a Receber (idade de saldos), no DIOPS do período sob exame, está preenchido conforme os saldos do balancete contábil, para as respectivas contas?
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

11.1.2 – Os saldos das contas a receber estão corretamente distribuídos em:

a vencer	( ) Sim	( ) Não
vencidos até 30 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos de 31 a 60 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos de 61 a 90 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos de 91 a 120 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos há mais de 120 dias	( ) Sim	( ) Não

Para os casos em desacordo, obter explicações da Administração da OPS e relatar o que está incorreto:
_____.

11.2 – Idade de Saldos das Contas a Pagar

11.2.1 – O demonstrativo de Distribuição dos Saldos de Contas a Pagar (idade de saldos), no DIOPS do período sob exame, está preenchido conforme os saldos do balancete contábil, para as respectivas contas?
( ) Sim?
( ) Não? Descrever as divergências existentes e solicitar à Administração da OPS as explicações para as referidas divergências.

11.2.2 – Os saldos das contas a pagar estão corretamente distribuídos em:

a vencer	( ) Sim	( ) Não
vencidos até 30 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos de 31 a 60 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos de 61 a 90 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos de 91 a 120 dias	( ) Sim	( ) Não
vencidos há mais de 120 dias	( ) Sim	( ) Não

Para os casos em desacordo, obter explicações da Administração da OPS e relatar o que está incorreto:
_____.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 47, DE 21 DE JULHO DE 2011[1]

Dispõe sobre os procedimentos de contabilização a serem realizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que fizeram a avaliação dos seus ativos imobilizados e das propriedades para investimento, conforme o ICPC 10.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, diante do equívoco ocorrido por parte de algumas operadoras na interpretação da IN/DIOPE Nº 37, de 22 de dezembro de 2009 e em vista do que dispõe a Súmula Nº 18, de 21 de julho de 2011; e a alínea "d" do inciso I do artigo 31; a alínea "a", do inciso I, do artigo 76; e a alínea "a", do inciso I, do art. 85, todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa dispõe sobre os procedimentos de contabilização a serem realizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que fizeram a avaliação dos seus ativos imobilizados e das propriedades para investimento, conforme o ICPC 10.

Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que reavaliaram seus ativos no intuito de aplicarem o critério do custo atribuído (deemed cost) deverão efetuar os ajustes em seus registros contábeis retroativamente, retornando para o critério de custo de aquisição, como se este critério tivesse sempre sido aplicado.

Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista no *caput* se estende às operadoras de planos privados de assistência á saúde que reconheceram tais efeitos decorrentes de investimentos sujeitos à avaliação pelo método de equivalência patrimonial.

Art. 3º Todos os Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS que sofreram os efeitos da aplicação do custo atribuído (deemed cost) deverão ser retificados, não sendo necessária a reapresentação das demonstrações contábeis do exercício findo em 31 de dezembro de 2010.

Parágrafo único. A retificação de que trata o *caput* deverá ser realizada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde até a data limite de envio do DIOPS/ANS do 3º trimestre de 2011.

Art. 4º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão ajustar nas Demonstrações Contábeis do exercício de 2011 os saldos do patrimônio líquido e das contas ativas referentes ao exercício de 2010 afetados pela aplicação do custo atribuído (deemed cost), que serão apresentados para fins comparativos.

Art. 5º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO DOS REIS TAVARES

[1] Publicada no DOU em 22/07/2011, seção 1, p. 80.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 49, DE 18 DE JULHO DE 2012[1]

Regulamenta a Resolução Normativa – RN nº 270, de 10 de outubro de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no uso das atribuições que lhe confere a alínea "a", do inciso I, do art. 76, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009 e, em vista do que dispõe o art. 11 da RN nº 270, de 10 de outubro de 2011, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN regulamenta a RN nº 270, de 10 de outubro de 2011, que dispõe, em especial, sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão.

Art. 2º Submetem-se ao disposto nesta IN as alterações de controle societário direto ou indireto.

§1º A alteração do controle direto se submete ao disposto nesta IN ainda que não implique a alteração do controle indireto final.

§2º Não se submete ao disposto nesta IN:

I - a alteração da composição do quadro social de que não resulte a assunção de poder de controle, mesmo que, antes da alteração, houvesse um controlador; e

II - a transformação do tipo societário.

CAPÍTULO II
DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Seção I
Da petição do pedido de autorização

Art. 3º A operadora de planos de assistência à saúde – Operadora a ser objeto de transferência de controle societário, assunção de controle, incorporação, cisão, desmembramento ou fusão deve apresentar petição escrita dirigindo o pedido de autorização ao Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE subscrita por seu representante legal ou procurador habilitado e instruída com os seguintes documentos:

I - projeto do ato societário pretendido;

II - mapas das composições de capital social da operadora, anterior e posterior ao ato pretendido, informando os controladores diretos e indiretos até o nível de pessoa natural;

III - declaração, sob as penas da lei, firmada por cada pessoa natural que pretenda assumir o controle, direto ou indireto, de que não está impedida de exercer a administração de sociedades por lei especial, ou condenada por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos;

IV - declaração, sob as penas da lei, firmada por cada pessoa jurídica que pretenda assumir o controle, direto ou indireto, de que não foi declarada falida ou insolvente, nem está sob recuperação judicial ou extrajudicial;

V - declaração de bens, direitos, dívidas e ônus reais e obrigações das pessoas naturais que deterão o controle direto ou indiretas da operadora, comprovada por cópia da declaração do imposto de renda -

[1] Publicado no DOU em 19/07/2012, seção 1, p. 44.

pessoa física, acompanhada da cópia do recibo de entrega à Receita Federal, relativa ao último exercício;
VI - relatório indicando os objetivos visados e estimando os efeitos assistenciais e econômico-financeiros da assunção do controle ou da operação societária pretendida; e
VII - sempre que o ato pretendido consistir em assunção do controle societário por pessoa jurídica que não seja operadora:
a) cópia autenticada das demonstrações contábeis do futuro controlador direto relativas ao último exercício social, ou equivalente, devidamente auditadas por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, onde conste a existência de recursos financeiros capazes de suportar a operação pretendida;
b) cópia autenticada do seu contrato ou do seu estatuto social, ou traslado da escritura pública, com comprovante de registro perante a Junta Comercial ou Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de todas as pessoas jurídicas que virão a compor a cadeia de controle, bem como da ata de assembleia geral ou da reunião de sócios que escolher os membros de conselho de administração ou assemelhado e de ata de reunião do conselho de administração ou assemelhado que escolher os diretores ou quaisquer administradores, independente da nomenclatura usada para sua designação, sendo que, em caso de pessoa jurídica com sede no exterior, deverão tais documentos ser traduzidos por tradutor público, registrados por Registro de Títulos e Documentos e legalizados por Representação Diplomática do Brasil;
c) cópia autenticada de acordo de acionistas/quotistas ou de contrato de usufruto das ações/quotas das pessoas jurídicas que pretendam assumir o controle direto ou indireto, sendo que no acordo de acionistas/quotistas ou contrato de usufruto das ações/quotas que tiver como objeto as ações/quotas da operadora deverá constar cláusula de prevalência sobre qualquer outro compromisso não submetido à aprovação da ANS ou declaração de inexistência de acordo; e
d) cópia autenticada das demonstrações contábeis parciais elaboradas especificamente para a apresentação do ato à ANS, auditadas por auditor independente registrado na CVM, referente ao último trimestre disponível.
§1º O Diretor da DIOPE poderá aceitar a apresentação de documento equivalente aos descritos neste artigo ou exigir quaisquer informações e/ou documentos adicionais que julgar necessários, em decisão motivada, podendo a motivação consistir em simples remissão a nota ou despacho que tenha sido aprovado pelo Diretor da DIOPE.
§2º Nos casos em que se pretender a assunção do controle societário de uma operadora por outra operadora, só será necessária a apresentação dos documentos indicados nos incisos I e VI, ressalvada a exigência de outros documentos baseada em necessidade verificada no exame do caso concreto.

Seção II
Do projeto do ato societário pretendido

Art. 4º O projeto do ato societário pretendido consiste em documento firmado pelo representante legal da operadora descrevendo:
I - a aquisição de quotas ou ações que implicará a transferência ou assunção do controle societário, com descrição detalhada do número de quotas ou ações a ser atribuído a cada sócio, de seu valor e do percentual correspondente ao capital social; ou
II - o acervo a ser transferido na incorporação, cisão, desmembramento ou fusão da operadora, com referência detalhada à carteira de produtos nos casos de cisão parcial, sendo permitida a simples remissão ao protocolo e justificação da incorporação, cisão, desmembramento ou fusão da operadora.

Seção III
Dos mapas de composições de capital social

Art. 5º O mapa das composições de capital social da operadora, anterior e posterior ao ato pretendido, consiste na apresentação em forma de organograma dos controladores diretos e indiretos da operadora até o nível de pessoa natural, com indicação do percentual correspondente à participação da pessoa no capital social da operadora ou da pessoa jurídica integrante da cadeia de controle, firmado pelo representante legal da operadora, observadas as definições de controlador estabelecidas no art. 1º da RN nº 270, de 2011.

§1º Caso a complexidade da cadeia de controle inviabilize sua apresentação completa sob a forma de organograma, deverá ser apresentado organograma simplificado da cadeia de controle acompanhado de notas explicativas, detalhando a composição da cadeia de controle.
§2º Caso a composição do quadro social da pessoa jurídica se mostre pulverizada, devem ser indicadas as pessoas que detenham participação societária igual ou superior a 5% (cinco por cento), sendo as demais indicadas pela expressão "demais sócios".

Seção IV
Da declaração sobre feitos criminais, falências e recuperações judiciais e extrajudiciais.

Art. 6º A declaração, sob as penas da lei, de que não está impedida de exercer a administração de sociedades por lei especial, ou condenada por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos deverá ser apresentado por cada pessoa natural ou jurídica controladora, direta ou indireta, seguida da indicação do local e data em que a declaração é firmada e da assinatura do declarante que, no caso de pessoa jurídica, deve ser seu representante legal.

Seção V
Da declaração de bens, direitos, dívidas e ônus reais

Art. 7º A declaração de bens, direitos, dívidas e ônus reais e obrigações das pessoas naturais que deterão o controle direto ou indireto da operadora consiste em cópia da declaração do imposto de renda - pessoa física, acompanhada da cópia do recibo de entrega à Receita Federal, relativa ao último exercício cujo prazo de apresentação à Receita Federal esteja vencido.
§1º Se, no curso do processo, vencer novo prazo para apresentação da declaração do imposto de renda - pessoa física à Receita Federal, a DIOPE poderá determinar a apresentação de nova declaração do imposto de renda - pessoa física, com o objetivo de obter uma posição mais atual da situação patrimonial dos futuros controladores indiretos.
§2º Caso o projeto não preveja que pessoas naturais venham a ser controladoras indiretas da operadora, a requerente deverá indicar expressamente o fato no pedido de autorização, declarando não ser aplicável a exigência desse documento.

Seção VI
Do relatório de objetivos

Art. 8º O relatório da operadora indicando os objetivos visados e estimando os efeitos assistenciais e econômico-financeiros da transferência ou assunção do controle ou a operação societária pretendida, considerando a manutenção da regularidade econômico-financeira da operadora ou o saneamento de eventuais irregularidades existentes deve indicar:
I - se os futuros sócios detêm participações nos quadros sociais de outras operadoras de planos de saúde, indicando, em caso afirmativo, suas denominações e números de registro na ANS;
II - se os futuros sócios detêm participações nos quadros sociais de prestadores de serviços de saúde, indicando, em caso afirmativo, se pretendem promover a integração vertical entre a operadora e o prestador de serviços de cujo quadro social participem;
III - a estimativa do impacto que as concentrações horizontais ou verticais teriam na concentração dos mercados de planos de saúde em que a operadora atue;
IV - a estimativa do impacto que a transferência ou assunção de controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento da operadora teriam na qualidade da assistência prestada aos consumidores;
V - a estimativa do impacto que a transferência ou assunção de controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento da operadora teria nas relações contratuais com a rede prestadora de serviços de saúde; e
VI - a estimativa do impacto econômico-financeiro da transferência ou assunção de controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento da operadora.

Seção VII
Dos documentos sobre pessoas jurídicas controladoras não operadoras de planos de saúde

Art. 9º Sempre que o ato pretendido envolver pessoa jurídica que não seja operadora deverão ser apresentadas:
I - cópia autenticada das demonstrações contábeis do futuro controlador direto relativas ao último exercício social, ou equivalente, devidamente auditadas por auditor independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, onde conste a existência de recursos financeiros capazes de suportar a operação pretendida;
II - cópia autenticada do seu contrato ou do seu estatuto social, ou traslado da escritura pública, com comprovante de registro perante a Junta Comercial ou Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de todas as pessoas jurídicas que virão a compor a cadeia de controle, bem como do livro de registro de ações nominativas ou do extrato da instituição financeira custodiante das ações, da ata de assembleia geral ou da reunião de sócios que escolher os membros de conselho de administração ou assemelhado e de ata de reunião do conselho de administração ou assemelhado que escolher os diretores ou quaisquer administradores, independente da nomenclatura usada para sua designação, sendo que, em caso de pessoa jurídica com sede no exterior, deverão tais documentos ser traduzidos por tradutor público, registrados em Registro de Títulos e Documentos e, quanto aos documentos públicos, legalizados em Representação Diplomática do Brasil;
III - cópia autenticada de acordo de acionistas/quotistas ou de contrato de usufruto das ações/quotas das pessoas jurídicas que pretendam assumir o controle direto ou indireto, sendo que no acordo de acionistas/quotistas ou contrato de usufruto das ações/quotas que tiver como objeto as ações/quotas da operadora deverá constar cláusula de prevalência sobre qualquer outro compromisso não submetido à aprovação da ANS ou declaração de inexistência de acordo; e
IV - cópia autenticada das demonstrações contábeis parciais elaboradas especificamente para a apresentação do ato à ANS, auditadas por auditor independente registrado na CVM, referente ao último trimestre disponível, dispensada sua apresentação se o exercício a que se referem as demonstrações contábeis houver se encerrado há menos de três meses.

Subseção I
Das demonstrações contábeis do futuro controlador direto

Art. 10. As demonstrações contábeis do futuro controlador direto relativas ao último exercício social, ou equivalente, deverão ser auditadas por auditor independente registrado na CVM ainda que a pessoa jurídica não seja obrigada por lei a submeter suas demonstrações contábeis a auditoria independente.
Parágrafo único. O disposto neste artigo deverá ser observado inclusive por pessoas jurídicas estrangeiras, não se admitindo, para o atendimento ao disposto neste artigo, a submissão das demonstrações contábeis a auditoria independente estrangeira, ainda que ela seja considerada habilitada perante autoridade correspondente à CVM.
Art. 11. A existência de recursos financeiros capazes de suportar a operação pretendida poderá ser comprovada por documentos que assegurem o ingresso de recursos financeiros no patrimônio da pessoa jurídica caso haja a aprovação pela ANS do projeto de alteração de controle societário, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento.

Subseção II
Da documentação das pessoas jurídicas controladoras diretas ou indiretas

Art. 12. A regular constituição da pessoa jurídica controladora direta ou indireta deverá ser comprovada por cópia autenticada do contrato social, estatuto social ou traslado da escritura pública constitutiva de todas as pessoas jurídicas que virão a compor a cadeia de controle acompanhada do comprovante de seu regular registro perante a Junta Comercial ou o Registro Civil de Pessoas Jurídicas.
Art. 13. A composição do quadro social da pessoa jurídica controladora direta ou indireta que adotar a forma de sociedade por ações deve ser comprovada por cópia autenticada do livro de registro de ações nominativas ou por cópia autenticada de declaração da instituição financeira custodiante de ações escriturais que informe o quadro acionário da pessoa jurídica.
Art. 14. A eleição dos administradores da pessoa jurídica controladora direta ou indireta deverá ser comprovada por cópia autenticada da ata de assembléia geral ou da ata de reunião de sócios que

escolher os membros de conselho de administração ou assemelhado e de ata de reunião do conselho de administração ou assemelhado que escolher os diretores ou quaisquer administradores, independente da nomenclatura usada para sua designação, com o comprovante de registro dessas atas no órgão competente. Parágrafo único. Caso quaisquer dos administradores eleitos, titulares ou suplentes, não houverem tomado posse, a requerente deverá declarar expressamente o fato, presumindo-se no seu silêncio que todos os administradores eleitos foram empossados.

Subseção III
Do acordo de acionistas ou quotistas

Art. 15. Deve ser apresentada cópia autenticada de acordo de acionistas/quotistas ou de contrato de usufruto das ações/quotas das pessoas jurídicas que pretendam assumir o controle direto ou indireto, sendo que no acordo de acionistas/quotistas ou contrato de usufruto das ações/quotas que tiver como objeto as ações/quotas da operadora deverá constar cláusula de prevalência sobre qualquer outro compromisso não submetido à aprovação da ANS ou declaração de inexistência de acordo ainda que cópia desse documento esteja disponível em sites de pessoas jurídicas privadas ou públicas.

Seção VIII
Da comprovação da inexistência de controle societário sobre pessoa jurídica controladora

Art. 16. Caso a requerente alegue que pessoa jurídica controladora que adote a forma de sociedade por ações ou limitada não está sujeita a poder de controle, deverá comprovar o alegado apresentando cópias autenticadas das três últimas atas de assembleias gerais de acionistas ou de atas de reuniões de sócios, devidamente registradas perante a Junta Comercial, a partir das quais deve ser possível apurar a efetiva inexistência de um conjunto de acionistas/ quotistas capaz de alcançar, permanentemente, a maioria nas deliberações sociais.

Parágrafo único. Caso não seja possível apurar a efetiva inexistência de um conjunto de acionistas/quotistas capaz de alcançar, permanentemente, a maioria nas deliberações sociais a partir do exame das atas de assembleias gerais ou atas de reuniões de sócios, as cópias dessas atas devem ser acompanhadas de declaração firmada pelo representante legal da pessoa jurídica afirmando, sob as penas da lei, não ter conhecimento da existência de conjunto estável de pessoas que tenha alcançado a maioria de votos nas três últimas deliberações sociais.

Seção IX
Dos documentos específicos para a assunção de controle societário

Art. 17. Para a autorização da assunção de controle societário, também deverão ser apresentadas:

I - cópia autenticada do ato societário que deliberou pela aprovação do ato societário pretendido, ressalvados os casos em que for livre a cessão de ações/quotas ou a subscrição de novas ações/quotas, ou se tratar de cessão da totalidade das ações ou quotas representativas do capital social; e

II - cópia autenticada de contrato de compra e venda ou instrumento equivalente onde conste cláusula que estipule que a concretização do negócio está condicionada à prévia aprovação da ANS.

§1º A celebração de compra e venda ou negócio jurídico equivalente que preveja a formalização da transferência das ações ou quotas antes da prévia aprovação da ANS, ainda que do instrumento contratual conste cláusula que estipule que a concretização do negócio está sujeita à prévia aprovação da ANS será considerada assunção de controle societário à revelia da ANS, sujeitando a operadora e seus administradores às consequências previstas nos normativos próprios.

§2º A previsão de pagamento integral do preço das quotas ou ações antes da aprovação do projeto, desde que a eficácia do negócio seja suspensa até a aprovação do projeto pela ANS, não será considerada assunção de controle societário à revelia da ANS.

§3º Deve ser apresentada justificativa para o valor da negociação e fundamentação para os casos de ágio e deságio, quando houver, nos casos em que se pretender a assunção do controle societário por operadora.

Art. 18. Caso a assunção do controle societário decorra de incorporação, fusão ou cisão envolvendo pessoas jurídicas integrantes da cadeia de controle, também deverá ser apresentada a documentação indicada nas Seções seguintes, acrescida de cópia autenticada das demonstrações contábeis completas das pessoas jurídicas envolvidas, acompanhadas de parecer de auditor independente registrado na CVM.

Seção X
Dos documentos específicos para incorporação

Art. 19. Para a autorização da incorporação de operadora de planos de saúde por outra operadora de planos de saúde, deverá ser observado o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, na Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 e na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), no que couber com relação a cada tipo societário, e, em qualquer caso, deverão ser apresentadas:
I - cópia autenticada do protocolo e justificação da incorporação;
II - cópia autenticada da ata de assembleia geral ou de reunião de sócios da futura incorporadora aprovando o protocolo e justificação da incorporação, nomeando os peritos que avaliarão o patrimônio líquido da sociedade a ser incorporada e contendo menção expressa de que a incorporação só será efetivada depois de autorizada pela ANS;
III - cópia autenticada do laudo de avaliação do acervo da futura incorporada; e
IV - cópia da minuta de alteração do ato constitutivo da operadora incorporadora.
§1º Desde que conste expressa suspensão dos efeitos das deliberações até que a incorporação seja autorizada pela ANS, será admitida a apresentação de:
I - ata de assembleia geral ou de reunião de sócios da incorporadora aprovando o protocolo e justificação, ratificando a escolha dos peritos, aprovando o laudo de avaliação do acervo a ser incorporado e aprovando a incorporação; e
II - de ata de assembleia geral ou de reunião de sócios da incorporada aprovando o protocolo e justificação, aprovando a incorporação e autorizando seus administradores a subscreverem o capital da incorporadora, mediante a versão do seu patrimônio líquido.
§2º É de exclusiva responsabilidade da incorporadora e da incorporada a observância das exigências específicas, inclusive tributárias, previstas na legislação em vigor.

Seção XI
Dos documentos específicos para fusão

Art. 20. Para a autorização da fusão de operadoras de planos de saúde, deverá ser observado o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, na Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 e na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), no que couber com relação a cada tipo societário, e, em qualquer caso, deverão ser apresentadas:
I - cópia autenticada do protocolo e justificação da fusão;
II - cópia autenticada das atas de assembleia geral ou de reunião de sócios das futuras fusionadas aprovando o protocolo e justificação da fusão, nomeando os peritos que avaliarão os acervos líquidos das operadoras a serem fusionadas e contendo menção expressa de que a fusão só será efetivada depois de autorizada pela ANS;
III - cópia autenticada dos laudos de avaliação dos acervos das futuras fusionadas; e
IV - cópia da minuta de ato constitutivo na nova pessoa jurídica.
Parágrafo único. Desde que conste expressa suspensão dos efeitos das deliberações até que a fusão seja autorizada pela ANS, será admitida a apresentação de ata de assembleia geral ou de reunião de sócios conjunta das operadoras a serem fusionadas aprovando o protocolo e justificação, ratificando a escolha dos peritos, aprovando o laudo de avaliação dos acervos, vedado aos sócios de cada sociedade votar sobre a avaliação do respectivo patrimônio, e aprovando a fusão, sendo de exclusiva responsabilidade das operadoras a serem fusionadas a observância das exigências específicas, inclusive tributárias, previstas na legislação em vigor.

Seção XII
Dos documentos específicos para cisão ou desmembramento

Art. 21. Para a autorização da cisão ou desmembramento de operadora de planos de saúde deverá ser observado o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, na Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 e na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), no que couber com relação a cada tipo societário, e, em qualquer caso, deverão ser apresentadas:
I - cópia autenticada do protocolo e justificação da cisão/desmembramento ou declaração firmada pelos administradores contendo todas as informações que constariam de um protocolo e de uma justificação caso a parcela cindida/desmembrada seja destinada a nova pessoa jurídica;

II - cópia autenticada das atas de assembleia geral ou de reunião de sócios da operadora a ser cindida e da operadora que receberá a parcela cindida aprovando o protocolo e justificação da cisão, ou deliberando sobre as informações equivalentes ao protocolo e justificação, conforme o caso, nomeando os peritos que avaliarão o acervo líquido da operadora a ser cindida e contendo menção expressa de que a cisão só será efetivada depois de autorizada pela ANS;
III - cópia autenticada do laudo de avaliação do acervo da futura cindida ou desmembrada; e
IV - cópia da minuta de alteração do ato constitutivo da operadora cindenda e da sociedade que receberá a parcela cindida ou cópia da minuta de ato constitutivo da nova pessoa jurídica, conforme o caso.
§1º Desde que conste expressa suspensão dos efeitos das deliberações até que a cisão seja autorizada pela ANS, será admitida a apresentação de:
I - ata de assembleia geral ou de reunião de sócios da sociedade que receberá a parcela cindida aprovando o protocolo e justificação, ratificando a escolha dos peritos, aprovando o laudo de avaliação da parcela cindida, aprovando a cisão e autorizando seus administradores a formalizar o aumento do capital social em decorrência da incorporação da parcela cindida; e
II - de ata de assembleia geral ou de reunião de sócios da operadora cindida aprovando o protocolo e justificação, aprovando a cisão e autorizando seus administradores a formalizar a diminuição do capital social em decorrência da cisão em caso de cisão parcial, ou a formalizar a dissolução da pessoa jurídica em caso de cisão total.
§2º É de exclusiva responsabilidade da incorporadora e da incorporada a observância das exigências específicas, inclusive tributárias, previstas na legislação em vigor.

Seção XIII
Da documentação sobre fundos de investimento em participações

Art. 22. Caso o projeto preveja a assunção do controle, direto ou indireto, por fundos de investimento, deverá ser observada a forma de Fundo de Investimento em Participações - FIP, conforme normatização própria da CVM.
Art. 23. Para a autorização de assunção de controle societário por FIP deverão ser apresentados:
I - comprovante de registro do FIP perante a CVM;
II - comprovante de registro do FIP no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
III - cópia autenticada do ato de constituição do FIP, acompanhada de comprovante de registro perante ofício de registro de títulos e documentos;
IV - cópia autenticada do regulamento do FIP, acompanhada de comprovante de registro perante ofício de registro de títulos e documentos;
V - cópia autenticada do livro de registro de cotas nominativas ou de declaração da instituição financeira escrituradora informando a relação de cotistas;
VI - cópia autenticada dos atos constitutivos da pessoa jurídica administradora do FIP;
VIII - comprovante de autorização da CVM para que a pessoa jurídica administradora do FIP exerça a atividade de administração de carteira de valores mobiliários;
VIII - comprovante da indicação do diretor ou do sócio-gerente representante do administrador do FIP perante a CVM;
IX - cópia autenticada das demonstrações contábeis do FIP, referentes ao último exercício, ou equivalente, acompanhadas de cópia autenticada de parecer de auditor independente registrado na CVM, caso se pretenda que o FIP assuma o controle direto da operadora; e
X - declaração do FIP, sob as penas da lei, de que não foi declarado insolvente.
Parágrafo único. As sociedades e fundos de investimento cotistas do FIP não serão analisados, bastando a apresentação da relação nominativa dos cotistas do FIP.

Seção XIV
Da documentação estrangeira

Art. 24. Caso seja apresentada documentação estrangeira, ela deverá ser acompanhada de:
I - tradução por tradutor público;
II - registro em Registro de Títulos e Documentos;
III - legalização em Representação Diplomática do Brasil, em se tratando de documento público estrangeiro, salvo nos casos em que essa legalização seja dispensada em virtude de acordo internacional

promulgado por decreto do Presidente da República, casos em que a requerente deverá indicar o decreto que prevê essa dispensa;
IV - prova da correspondência entre a documentação estrangeira apresentada e a documentação brasileira exigida nesta IN, a ser produzida por meio de pareceres de juristas que atestem a correspondência da documentação apresentada com a documentação existente segundo a legislação estrangeira ou outro meio confiável.

CAPÍTULO III
DA INSTRUÇÃO PROCESSUAL

Seção I
Da análise da conformidade documental

Art. 25. O pedido de autorização será primeiramente analisado pela Assessoria Normativa - ASSNT/DIOPE, que elaborará nota sobre a conformidade da documentação apresentada com o disposto na RN nº 270, de 2011, e nesta IN.
Art. 26. Sendo considerado manifestamente descabido o pedido de autorização, a ASSNT/DIOPE encaminhará os autos ao Diretor da DIOPE para decisão.
Art. 27. Considerando a documentação adequada para o deferimento ou o deferimento condicionado do pedido de autorização, a ASSNT/DIOPE:
I - solicitará à DIPRO, por memorando, manifestação quanto aos aspectos de sua competência que possam ser afetados caso haja a aprovação do pedido; e
II - encaminhará os autos do processo à Gerência de Acompanhamento das Operadoras - GEAOP.
Art. 28. Não considerando a documentação adequada para o deferimento ou deferimento condicionado do pedido de autorização, a ASSNT/DIOPE encaminhará os autos do processo ao Diretor da DIOPE para decisão.
Art. 29. Caso o Diretor da DIOPE decida sobrestar o processo para a apresentação de esclarecimentos e documentos pela operadora requerente, a ASSNT/DIOPE aguardará a resposta da operadora.
Art. 30. Recebida a resposta da operadora, a ASSNT/DIOPE efetuará a análise dos esclarecimentos ou documentos recebidos, observando o disposto nesta Seção.

Seção II
Da análise administrativa e econômico-financeira

Art. 31. Recebidos os autos da ASSNT/DIOPE, o pedido de autorização será analisado pela GEAOP, que elaborará nota sobre a regularidade administrativa e econômico-financeira das operadoras envolvidas e sobre a capacidade financeira do novo controlador ou sobre a viabilidade econômico-financeira da incorporação, fusão, cisão ou desmembramento, devolvendo os autos à ASSNT/DIOPE com recomendação de deferimento, deferimento condicionado, sobrestamento, indeferimento do pedido de autorização, ou outra que considerar pertinente em casos excepcionais.
Parágrafo único. Caso recomende o deferimento condicionado do pedido de autorização, a GEAOP apontará a condição necessária e suficiente para o deferimento definitivo.

Seção III
Da consolidação da instrução processual

Art. 32. Recebidos os autos da GEAOP e a resposta da DIPRO, a ASSNT/DIOPE elaborará nota consolidando as análises componentes da instrução processual, por simples remissão às análises já efetuadas, acrescida das considerações que considerar pertinentes, encaminhando os autos do processo para decisão do Diretor da DIOPE.

Seção IV
Da ordem dos atos

Art. 33. A ordem dos atos previstos neste capítulo poderá ser alterada por determinação do Diretor da DIOPE, conforme as peculiaridades do caso concreto.

CAPÍTULO IV
DA DECISÃO E DO RECURSO

Art. 34. A autorização para praticar os atos previstos no art. 1º da RN nº 270, de 2011, dependerá da regularidade da situação administrativa e econômico-financeira das operadoras envolvidas, tanto na condição de futura controladora ou incorporadora, quanto na condição de objeto da assunção de controle societário, incorporação, fusão ou cisão ou desmembramento.

§1º Será considerada em situação regular a operadora de planos privados de assistência à saúde que não apresente uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave, não esteja sujeita a planos de recuperação assistencial ou econômico-financeira e que não esteja sujeita aos regimes especiais de direção técnica ou de direção fiscal.

§2º A operadora que estiver sob regime de direção técnica e/ou fiscal ou em plano de recuperação ou apresentar uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave poderá, excepcionalmente, ser objeto dos atos previstos no art. 1º da RN nº 270, de 2011, mediante o cumprimento das condições fixadas pelo Diretor da DIOPE.

§3º A operadora que estiver sob regime de direção fiscal só poderá ser objeto dos atos previstos no art. 1º da RN nº 270, de 2011, mediante a imposição, no mínimo, do saneamento da insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, das anormalidades econômico financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, motivadoras do regime especial de direção fiscal, no prazo a ser fixado pelo Diretor da DIOPE.

§4º A operadora que apresentar uma ou mais anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras de natureza grave só poderá ser objeto dos atos previstos no art. 1º da RN nº 270, de 2011, mediante a apresentação, no mínimo, de proposta de adequação administrativa e econômico-financeira, nos termos de normativo próprio.

Art. 35. O Diretor da DIOPE poderá:

I - deferir o projeto;

II - deferir o projeto condicionado ao cumprimento de obrigações pendentes, que apresentem reduzido impacto na avaliação da conformidade documental e econômico-financeira do ato pretendido, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por decisão justificada do Diretor da DIOPE, que deverá ser comunicada à Diretoria Colegiada, contados da data da intimação da decisão, sob pena de cassação do deferimento e determinação de que seja revertida a operação, pela DIOPE, e de adoção das medidas administrativas cabíveis pelas áreas competentes da ANS;

III - sobrestar o projeto para realização de diligência ou exigência de informações e/ou documentos julgados necessários; ou

IV - indeferir o projeto.

Parágrafo único. O deferimento de projetos de cisões que impliquem transferência de carteira, fusões e incorporações não isenta a operadora do cumprimento do disposto em normativo próprio sobre transferência de carteira.

Art. 36. Da decisão do Diretor da DIOPE caberá recurso à Diretoria Colegiada da ANS.

§1º O recurso, com as razões e, se for o caso, os documentos que o fundamentam, poderá ser interposto no prazo de dez dias, contados da data em que a intimação da decisão for efetuada.

§2º O recurso poderá ser protocolado na sede da ANS ou nos Núcleos da ANS e deverá ser dirigido ao Diretor da DIOPE.

§3º Na hipótese de recurso encaminhado pelo correio, a tempestividade do mesmo será aferida pela data da postagem.

§4º Os recursos terão efeito suspensivo.

§5º O Diretor da DIOPE poderá reconsiderar sua decisão, fundamentadamente.

§6º Caso o Diretor da DIOPE não reconsidere sua decisão, os autos do processo serão encaminhados para deliberação da Diretoria Colegiada com manifestação conclusiva da DIOPE sobre as razões e documentos apresentados pela operadora em seu recurso.

CAPÍTULO V
DAS PROVIDÊNCIAS DECORRENTES DO DEFERIMENTO DO PEDIDO

Art. 37. No caso de deferimento do pedido de autorização, a operadora deverá: I - protocolar perante o órgão competente, no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar do recebimento da comunicação da ANS, o pedido de registro de todos os atos societários pertinentes e enviar à ASSNT/DIOPE a documentação

comprobatória do registro no prazo de 10 (dez) dias úteis contados da data da ciência do efetivo registro; ou

II - caso se trate de alteração de controle societário de sociedade por ações:

a) promover no prazo de 10 (dez) dias úteis a formalização da transferência de ações por termo no livro de transferência de ações nominativas, e enviar à ASSNT/DIOPE cópia autenticada do livro de registro de ações nominativas e do livro de transferência de ações nominativas comprovando a transferência das ações no prazo de 10 (dez) dias úteis contados da data da lavratura do termo; ou

b) providenciar no prazo de 10 (dez) dias úteis a transferência das ações perante a instituição financeira custodiante e enviar à ASSNT/DIOPE cópia autenticada do extrato da instituição financeira custodiante comprobatório da transferência das ações.

§1º A não observância injustificada dos prazos previstos no *caput* acarretará a adoção das medidas administrativas cabíveis.

§2º Os prazos previstos nos incisos I e II podem ser prorrogados por decisão fundamentada do Diretor da DIOPE, que deverá ser comunicada à Diretoria Colegiada.

Art. 38. Reconhecida por decisão do Diretor da DIOPE a devida apresentação da documentação comprobatória da alteração do controle societário, da incorporação, da fusão, da cisão ou do desmembramento, compete à ASSNT/DIOPE:

I - comunicar às Diretorias da ANS as alterações ou transferências de controle societário, incorporações, cisões ou desmembramentos e fusões deferidas, bem como a efetivação dos atos, após a comprovação do respectivo registro no órgão competente; e

II - encaminhar os autos do processo para a Gerência de Habilitação, Atuaria e Estudos de Mercado - GEHAE, a fim de que seja promovida a atualização dos dados cadastrais da operadora.

Art. 39. Compete à GEHAE promover a atualização dos dados cadastrais da operadora e comunicar à DIPRO a consumação das incorporações, fusões e das cisões e desmembramentos que impliquem transferência da carteira de produtos da operadora, visando à realização da transferência de carteira, devolvendo os autos do processo à ASSNT/DIOPE.

Art. 40. Devolvidos os autos do processo com a notícia da atualização cadastral e da comunicação à DIPRO, se for o caso, a ASSNT/DIOPE proporá ao Diretor da DIOPE o arquivamento do processo, com a regular intimação da operadora.

Art. 41. Compete ao Diretor da DIOPE determinar o arquivamento do processo pela ASSNT/DIOPE, após a regular intimação da operadora.

CAPÍTULO VI
DA ANÁLISE DOS ATOS PRATICADOS À REVELIA DA ANS

Art. 42. Compete à ASSNT/DIOPE, ao receber notícia de que ocorreu à revelia da ANS a assunção do controle societário de operadora ou uma incorporação, fusão, cisão ou desmembramento de operadora, instaurar processo administrativo com o objetivo de promover a regularização da alteração de controle, incorporação, fusão, cisão ou desmembramento, a reversão do ato ou a proposta de instauração do regime especial de Direção Fiscal sobre as operadoras envolvidas.

Art. 43. A operadora envolvida em alteração de controle ou operação societária consumada à revelia da ANS será notificada pelo Diretor da DIOPE para, no prazo de 30 (trinta) dias, comprovar a reversão do ato, submeter o ato a aprovação na forma da RN nº 270, de 2011, e desta IN.

Art. 44. Caso a operadora não comprove a reversão do ato, não peça a aprovação do ato ou venha a ter seu pedido de aprovação indeferido, competirá ao Diretor da DIOPE decidir sobre a proposição à Diretoria Colegiada da instauração do regime especial de Direção Fiscal sobre as operadoras envolvidas.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 45. A DIOPE analisará os efeitos que a concentração de mercado poderá gerar no âmbito da saúde suplementar para fins de monitoramento setorial, sem prejuízo do disposto na Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011.

Art. 46. O Diretor da DIOPE poderá exigir quaisquer informações e/ou documentos adicionais que julgar necessários para a adequada análise dos pedidos de autorização, fundamentadamente.

Art. 47. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 48. Esta IN se aplica aos processos em curso.

LEANDRO REIS TAVARES

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 50, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2012[1]

Define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora, a ser considerado para fins de Margem de Solvência e Patrimônio Mínimo Ajustado e revoga a Instrução Normativa - IN nº 38, de28 de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 31, inciso I, alíneas "d", "e" e "f", o art. 76, inciso I, alínea "a", e o art. 85, inciso I, alínea "a", todos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009; e a Resolução Normativa - RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, resolve:

Art. 1° A presente Instrução Normativa - IN define os ajustes por efeitos econômicos no patrimônio da operadora, a ser considerado para fins de Margem de Solvência (MS) e Patrimônio Mínimo Ajustado (PMA), e revoga a Instrução Normativa - IN n° 38, de 28 de
dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE.

Art. 2º Na apuração do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social para fins de adequação às regras de Recursos Próprios Mínimos - PMA e MS - constantes dos artigos 3º e 6º da RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009, as operadoras de planos privados de assistência à saúde (OPS) devem observar, obrigatoriamente, os seguintes ajustes por efeitos econômicos:

I - dedução das participações diretas ou indiretas em outras Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e em entidades supervisionadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e Banco Central do Brasil - BACEN;

II - dedução dos créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social;

III - dedução das despesas de comercialização diferidas;

IV - dedução das despesas antecipadas; e

V - dedução do ativo não circulante intangível.

Parágrafo único. As OPS poderão observar os seguintes ajustes adicionais, referentes a valores contabilizados em 31 de dezembro de 2012, nos prazos e percentuais máximos estabelecidos no Anexo I desta IN:

I - adição das obrigações legais classificadas no passivo não circulante, nas contas 23531, 235329011 e 236, conforme anexo da RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, sendo excluída a parcela do ativo referente à transferência da responsabilidade de pagamento das obrigações legais ocorrida nos termos da Instrução Normativa - IN nº 20, de 20 de outubro de 2008, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras -DIOPE, e cujos valores são classificados na conta 131919011, conforme anexo da RN nº 290, de 2012.

II - adição do ativo não circulante intangível referente a gastos com aquisição de carteira de plano privado de assistência à saúde, desde que atendidas as exigências da regulamentação contábil vigente; e

III - adição do ativo não circulante intangível referente a gastos com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS nos termos da regulamentação específica, desde que atendidas as exigências da regulamentação contábil vigente.

Art. 3º Os ajustes ao Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social, previstos nesta IN, também se aplicam, para fins de adequação à MS, quando esta tiver como base modelo próprio conforme possibilitado no §5º do art. 6º da RN nº 209, de 2009.

Art. 4º Fica revogada a Instrução Normativa - IN n° 38, de 28 de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE.

Art. 5º Esta Instrução Normativa entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2013.

BRUNO SOBRAL DE CARVALHO
Interino

[1] Publicado no DOU em 28/11/2012, seção1 p. 47.

ANEXO I

Percentuais máximos para ajustes de Obrigações Legais, Ativo Intangível referente a gastos com aquisição de carteira e Ativo Intangível referente a gastos com programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados pela ANS.

1. Devem ser observados os seguintes percentuais máximos para os ajustes de que trata o parágrafo único do art. 2º da IN a qual integra o presente Anexo:

I- Entre Janeiro e Junho de 2013: 93%;
II- Entre Julho e Dezembro de 2013: 86%;
III- Entre Janeiro e Junho de 2014: 79%;
IV-Entre Julho e Dezembro de 2014: 72%;
V- Entre Janeiro e Junho de 2015: 65%;
VI- Entre Julho e Dezembro de 2015: 58%;
VII- Entre Janeiro e Junho de 2016: 51%;
VIII- Entre Julho e Dezembro de 2016: 44%;
IX- Entre Janeiro e Junho de 2017: 37%;
X- Entre Julho e Dezembro de 2017: 30%;
XI- Entre Janeiro e Junho de 2018: 23%;
XII- Entre Julho e Dezembro de 2018: 16%;
XIII- Entre Janeiro e Junho de 2019: 9%;
XIV- Entre Julho e Dezembro de 2019: 2%;
XV - A partir de Janeiro de 2020: 0%

Instrução Normativa Conjunta

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA - IN Nº 05, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011[1]

Dispõe sobre a contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS.

Os Diretores responsáveis pelas Diretorias de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o art. 4º, inciso VI da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma do art. 23, inciso I; do art. 31, inciso I, alínea "d"; do art. 76, inciso I, alínea "a" e do artigo 85, inciso I, alínea "a" e §1º, todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, e alterações posteriores, considerando a necessidade de dispor sobre a contabilização dos montantes devidos do Ressarcimento ao SUS no Plano de Contas Padrão da ANS, após as alterações ocorridas com a publicação da Instrução Normativa - IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011, resolvem:

Art. 1º Esta Instrução dispõe sobre os procedimentos a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde no tocante à contabilização dos montantes devidos de Ressarcimento ao SUS na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS.
Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem proceder ao registro contábil relativo ao ressarcimento ao SUS, mensalmente, nas respectivas contas contábeis previstas no Anexo da IN DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011, com base nos valores das notificações dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) considerando o percentual histórico de cobrança (%hc), somado ao montante total cobrado nas Guias de Recolhimento da União (GRU) emitidas e ao saldo de parcelamento aprovado pela ANS.
§1º O percentual histórico de cobrança (%hc) será calculado, com base no histórico individual das operadoras, pelo total dos valores cobrados sobre o total dos valores notificados, com base nos ABIs emitidos até 120 dias anteriores ao mês da contabilização.
§2º O valor total dos ABIs notificados e ainda sem a emissão das respectivas GRUs pela ANS, multiplicado pelo %hc, deverá ser registrado no passivo circulante na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS.
§3º O valor cobrado pela ANS por meio de GRU, devidamente atualizado, até o mês da contabilização, com multa e juros de mora, deverá ser registrado no passivo circulante na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS.
§4º O valor correspondente ao parcelamento do ressarcimento ao SUS, após aprovação da ANS, deverá ser registrado no passivo circulante na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS.
§5º O montante correspondente às parcelas com vencimento em prazo superior a doze meses após a data do balanço deverá ser registrado no passivo não circulante na conta de Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar do Plano de Contas Padrão da ANS.
§6º Os valores de Ressarcimento ao SUS a serem registrados serão disponibilizados mensalmente na página da ANS na Internet (www.ans.gov.br - Espaço da Operadora - Ressarcimento ao SUS - Processos Físicos).
Art. 3º Fica revogada a IN-DIDES/DIOPE nº 3, de 19 de outubro de 2010.
Art. 4º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO REIS TAVARES
Diretor de Normas e habilitação das Operadoras

BRUNO SOBRAL DE CARVALHO
Diretor de Desenvolvimento Setorial

[1] Publicada no DOU em 03/10/2011, seção 1, p. 74.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA Nº 7, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde, revogando a Instrução Normativa Conjunta nº 002, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, de 7 de julho de 2010; altera a Instrução Normativa nº 24, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, de 8 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o cadastramento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças certificados por Instituições Acreditadoras; e altera a Normativa nº 35, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, de 19 de agosto de 2011, que regulamenta a RN n° 264, de 19 de agosto de 2011, dispondo sobre o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, e o Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 31, inciso I, alínea "b" e inciso IV, art. 38, inciso I e X, art. 76, inciso I, alínea "a", e art. 85, inciso I, alínea "a" e §1º, todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; a RN nº 264, de 19 de agosto de 2011; e a RN nº 290, de 27 de fevereiro de 2012, resolve:

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças e desejam a aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS poderão cadastrá-los junto à agência, observando o disposto nesta Instrução Normativa.

§1º O cadastramento deverá ser feito por meio do Formulário de Cadastramento de Informações - FC.

§2º O envio do Formulário de Cadastramento de Informações - FC dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças será realizado, somente, por meio eletrônico, através de ferramenta específica disponibilizada no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br).

§3º A aprovação dos programas pela ANS será necessária para obtenção do benefício previsto nesta IN.

Art. 2º A DIPRO, de posse do FC dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, avaliará o seu conteúdo para fins de aprovação do programa, de acordo com os critérios disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br), informando à respectiva operadora a decisão proferida.

Art. 3° Serão consideradas exigências mínimas para a aprovação dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças de que trata esta IN:

I - a regularidade do envio dos seguintes sistemas:

a) envio completo das informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP;

b) envio completo das informações do Documento de Informações Financeiras - DIOPS; e

II - o cumprimento dos pré-requisitos disponibilizados pela

Gerência-Geral de Regulação Assistencial - GGRAS/DIPRO no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br).

Art. 4º As informações referentes ao(s) programa(s) para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovado(s)

poderão ser alteradas pela operadora por meio do Formulário de Alteração - Falt disponível no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br).

Art. 5º As operadoras que tiveram o FC aprovado pela DIPRO deverão registrar contabilmente as despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de doenças em conta específica,

[1] Publicado no DOU em 28/11/2012, seção 1 p. 46.

conforme o Plano de Contas Padrão da ANS, a partir da data de recebimento da comunicação de aprovação.

§1º Deverão ser reconhecidas como despesas a serem contabilizadas na conta de que trata o *caput* apenas os desembolsos com despesas específicas utilizadas para o desenvolvimento do programa, conforme exemplificado no Anexo desta IN.

§2º Não poderão ser reconhecidas como despesas específicas utilizadas para o desenvolvimento do programa as despesas assistenciais relacionadas à execução de procedimentos e eventos em saúde e/ou as despesas administrativas realizadas fora de uma atividade específica do programa, tais como as despesas relacionadas à compra de imóveis, ambulância, carros, computadores, móveis e equipamentos hospitalares, dentre outros.

Art. 6º O total de despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados, registrados contabilmente no exercício anterior, reduzirão a exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente, desde que observados os requisitos da presente IN.

Parágrafo único. A redução de que trata o *caput* deste artigo está limitada a 10% da exigência mensal de margem de solvência.

Art. 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com programa(s) para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovado(s), deverão encaminhar:

I - à DIOPE, até 15 de abril de cada ano, Relatório Circunstanciado emitido por Auditor Independente registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, que ateste a adequação e a fidedignidade das informações referentes às despesas contabilizadas com programa(s) para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, de acordo com os termos da presente IN, bem como, para os valores eventualmente remanescentes contabilizados como Ativo Não Circulante - Intangível, o atendimento às disposições do Pronunciamento nº 4 do Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC 04 - Ativo Intangível e do Plano de Contas Padrão da ANS; e

II - à DIPRO, no período de 1º de fevereiro até 1º de abril de cada ano, o Formulário de Monitoramento - FM dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados.

§1º O Relatório Circunstanciado do Auditor Independente de que trata o inciso I do *caput* deste artigo deverá estar identificado pelo tema Programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, e deve ser encaminhado para a DIOPE no seguinte endereço: Av. Augusto Severo 84, 8º andar - Glória - CEP:20021-040 - Rio de Janeiro -RJ.

§2º Serão considerados, para fins de envio obrigatório do FM, todos os programas aprovados que foram cadastrados até o dia 31 de agosto do ano anterior .

§3º O envio do FM do(s) programa(s) para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças será realizado somente por meio eletrônico, através de ferramenta específica, disponibilizada no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br).

Art. 8º A DIPRO, de posse do FM dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, avaliará o seu conteúdo de acordo com os critérios disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br), informando à respectiva operadora a decisão proferida e à DIOPE os programas que se mantém aprovados.

§1º A reprovação do FM implicará, automaticamente, na reprovação do FC relacionado, com o consequente descadastramento do programa na ANS.

§2º A partir da comunicação do descadastramento do programa não poderá haver lançamento na conta de que trata o artigo 5°, com a consequente perda do benefício de que trata o artigo 6°, previstos nesta IN.

§3º As operadoras que ainda possuírem valores a serem amortizados em conta do Ativo Não Circulante - Intangível, conforme Plano de Contas Padrão da ANS, quando informadas do descadastramento do(s) programa(s) para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, deverão baixar os valores contabilizados no mês em que tiver ocorrido a comunicação do descadastramento.

Art. 9º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão cadastrar mais de um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na ANS, preenchendo um FC e um FM para cada programa, observados os períodos de envio
descritos nesta IN.

Art. 10. O disposto nesta IN se aplica a todas as modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 11. As operadoras deverão disponibilizar, sempre que solicitado pela ANS, todas as informações referentes aos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados.

Art. 12. A ANS poderá estabelecer, a qualquer tempo, outros critérios e requisitos mínimos para a avaliação e aprovação dos respectivos programas.

Art. 13. O inciso II do art. 2º da Instrução Normativa - IN nº 24, de 8 de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, que dispõe sobre o cadastramento de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças certificados por Instituições Acreditadoras, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º .....

II - cumprirem as exigências estabelecidas no artigo 3º, inciso

I, alíneas "a" e "b" da Instrução Normativa Conjunta DIOPE/ DIPRO nº 7, de 23 de novembro de 2012, que dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, ou de outra que venha a substitui-la." (NR)

Art. 14. O art. 2º da Instrução Normativa - IN nº 35, de 19 de agosto de 2011, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, que dispõe sobre o acompanhamento dos programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas operadoras, passa a vigorar acrescido dos §§1º, 2º e 3º, com as seguintes redações:

"Art. 2º.....

§1º As operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados à ANS por meio do Formulário de Inscrição - FI deverão registrar contabilmente as despesas com esses programas em conta específica, conforme o Plano de Contas Padrão da ANS.

§2º Deverão ser reconhecidas como despesas a serem contabilizadas na conta de que trata o §1º apenas os desembolsos com despesas específicas utilizadas para o desenvolvimento do programa, conforme exemplificado no Anexo I da IN Conjunta DIPRO/DIOPE Nº 7, de 23 de novembro de 2012.

§3º O total de despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados por meio de Formulário de Inscrição - FI não será utilizado para a redução da exigência mensal de margem de solvência.

Art. 15. Fica revogada a Instrução Normativa Conjunta nº 002, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Art. 16. Esta Instrução Normativa entra em vigor em 01 de janeiro de 2013.

BRUNO SOBRAL DE CARVALHO
Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras
Interino
ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos

ANEXO

Exemplos de despesas específicas utilizadas para o desenvolvimento de um programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, com vistas ao lançamento em conta específica do Plano de Contas Padrão da ANS Poderão ser alocadas nas contas específicas do Plano de Contas Padrão da ANS as despesas relativas a:

- Contratação de novos profissionais para realização e desenvolvimento do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Contratação de empresa terceirizada para prestação de serviços específicos para o desenvolvimento do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Contratação de serviços de consultoria para o desenvolvimento do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Salários, honorários, encargos e benefícios dos profissionais que prestam serviços voltados especificamente para o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Treinamento e capacitação dos profissionais que prestam serviços específicos para o programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Despesas com sistemas de informação específico para o monitoramento do programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Despesas e investimentos em infra-estrutura específica para o desenvolvimento do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças (aluguéis, equipamentos, materiais, luz, gás, telefone, internet, etc);
- Elaboração de material educativo e kits para os beneficiários participantes do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Despesas com medicamentos utilizados especificamente nas atividades desenvolvidas no programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças;
- Despesas referentes a material publicitário e marketing específico do programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 7, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2002[1]

Estabelece procedimentos e padrões para solicitação de Revisão Técnica pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, nos termos da Resolução - RN nº 19, de 11 de dezembro de 2002.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe confere o art. 24, inciso I, combinado com o art. 61, inciso I, alínea "a", ambos do Regimento Interno aprovado pela Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, e em conformidade com o previsto na Resolução - RN nº 19 , de 11 de dezembro de 2002, resolve:

Art. 1º Os procedimentos para solicitação da Revisão Técnica dos planos de assistência à saúde de que trata a Resolução - RN nº 19, de 11 de dezembro de 2002, deverão observar o disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 2º O pedido de Revisão Técnica deverá ser apresentado de acordo com os modelos que compõem os anexos I a X desta Instrução e protocolado na ANS, na Rua Augusto Severo nº 84, 7º andar, Glória, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20.021-040, acompanhado de comprovação do pagamento da Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária - TRC de acordo com as disposições constantes da Resolução - RN nº 7, de 5 de maio de 2002.

§1º Os anexos desta Instrução Normativa poderão ser obtidos na página da ANS na internet, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

§2º Os anexos II a IX deverão ser entregues no formato de planilha eletrônica excel, em meio magnético, utilizando-se disquete de 3,5 polegadas ou CD, bem como impressos e assinados por responsável legal da operadora e pelo profissional responsável pela auditoria ou execução, conforme o caso.

Art. 3º As informações contidas nos anexos II a V e VII deverão estar auditadas por profissional independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, ficando facultado às operadoras de planos de assistência médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica com até 100.000 (cem) mil beneficiários e às exclusivamente odontológicas com até 20.000 (vinte mil) beneficiários auditá-las por profissional independente, registrado no Conselho Regional de Contabilidade - CRC, devendo ainda, os anexos VII e IX ser elaborados por atuário regularmente inscrito no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA.

Art. 4º Em casos específicos, havendo justificativa aceita pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, poderá ser dispensado o envio de parte das informações, desde que a sua falta não constitua obstáculo à comprovação de desequilíbrio e à identificação da necessidade de ajuste nos planos objeto da revisão.

Art. 5º A análise terá início pela avaliação do desequilíbrio demonstrado e de seu impacto na totalidade da carteira de planos contratados por pessoas físicas até 1º de janeiro de 1999.

Parágrafo único. Para garantia da continuidade da prestação de serviços, a DIPRO poderá determinar que o pedido seja examinado em regime de urgência, se o grau de comprometimento do total da operação assim o exigir.

Art. 6º Após análise dos fatores determinantes do desequilíbrio, se o percentual proposto para ajuste das contraprestações se mostrar inadequado, a DIPRO poderá indeferir o pedido no todo ou em parte, determinar a implantação do Programa de Reestruturação Gerencial, ou ainda, conceder prazo para redimensionamento da proposta.

§ 1º O percentual deverá incidir sobre todos os planos objeto de revisão, podendo, excepcionalmente, ser aprovada variação em razão de especificidade na operação de um plano que o distinga dos demais planos objeto de revisão.

§ 2º Fica vedada, para fins proposição do percentual de ajuste ou das alternativas de aditamento contratual, qualquer tipo de seleção ou de distinção entre os beneficiários de um mesmo plano.

[1] Publicada no DOU em 12/12/2002, seção 1.

Art. 7º Aprovado o percentual de reposicionamento das contraprestações pecuniárias, a DIPRO fixará prazo para apresentação de no mínimo duas propostas alternativas, prevendo alteração das condições gerais de utilização do plano em vigor, a serem oferecidas ao consumidor de acordo com o art. 4º da Resolução - RN nº 19, de 2002.

§ 1º A critério da operadora, as propostas alternativas poderão ser encaminhadas antecipadamente, juntamente com o pedido inicial.

§ 2º As propostas alternativas, sujeitas à aprovação da DIPRO, não poderão restringir a amplitude da cobertura contratual.

§ 3º Deverá haver equivalência entre o resultado estimado das alternativas propostas para cada plano objeto de revisão e o percentual de ajuste aprovado no processo de revisão técnica, o que deverá ser atestado por atuário regularmente inscrito no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA, conforme modelo do anexo X.

§ 4º É obrigatória a apresentação de uma alternativa que mantenha inalterado o valor da contraprestação pecuniária, podendo as demais apresentar conjugação de ajustes de preço e alteração de condições contratuais.

§ 5º As propostas encaminhadas à ANS deverão conter, necessariamente, a indicação de todas as alterações propostas, comparando- as com as regras contratuais em vigor, os anexos VI a IX, a indicação da rotina e o cronograma de oferecimento e implantação das alterações.

Art. 8º A operadora será comunicada da aprovação final do processo pela Diretoria Colegiada da ANS, por meio de oficio da DIPRO, que aprovará o percentual de Revisão Técnica a ser aplicado e o inicio do oferecimento das alternativas aos consumidores, e definirá, ainda, os procedimentos, prazos e rotinas de acompanhamento dos resultados do ajustes, por um período de 24 (vinte e quatro) meses.

Art. 9º A aprovação de que trata o artigo anterior será precedida da assinatura do Termo de Compromisso para implantação do Programa de Reestruturação Gerencial, sempre que a análise indicar necessidade de correção de ineficiência nos métodos gerenciais, conforme previsto no art. 7º da Resolução - RN nº 19, de 2002.

Art. 10 A carta de oferecimento das alternativas à Revisão Técnica deverá ser encaminhada a todos os consumidores dos planos objeto de revisão e deverá conter as seguintes informações:

I - A aprovação das propostas pela ANS, com o número do ofício autorizativo;

II - O detalhamento das propostas e a comparação de cada uma delas com os preços e as condições contratuais em vigor;

III - A informação do local onde as minutas de Termo Aditivo estarão disponíveis para exame; e

IV - Definição de prazo para manifestação de opção por uma das alternativas mediante assinatura do TERMO ADITIVO escolhido.

Parágrafo único. O prazo de 30 dias previsto no §2º do art. 4º da Resolução - RN nº 19, de 2002, para manifestação de opção, será contado a partir do primeiro dia do mês subseqüente ao mês do seu oferecimento.

Art. 11 Não será aplicado o percentual aprovado na Revisão Técnica para os consumidores que manifestarem opção por uma das propostas de Termo Aditivo.

Art. 12 Todas as informações enviadas pela operadora durante o processo de revisão técnica deverão estar em papel timbrado da empresa e assinadas pelo seu representante legal junto à ANS, devendo ainda, os documentos com as informações submetidas a atuário ou auditor independente, conter as assinaturas dos respectivos profissionais em todas as páginas.

Art. 13 Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO LUIS BARROCA DE ANDRÉA
DIRETOR

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 10, DE 23 DE MARÇO DE 2005[1]

Estabelece procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, propostos pelas operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, citados na RN nº 94 de 23 de março de 2005.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – DIPRO/ANS, no uso da competência que lhe confere o art. 29, combinado com o art. 65, inciso I, alínea "a", ambos do Regimento Interno aprovado pela Resolução – RN Nº 81, de 03 de setembro de 2004, e em conformidade com o previsto no art. 5º, §1º da Resolução – RN Nº 94, de 23 de Março de 2005, resolve:

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolverem programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários, para diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco definidos na Resolução – RN Nº 94, de 23 de Março de 2005, deverão observar o disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 2º Os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças deverão ser apresentados de acordo com o modelo de formulário que compõe o anexo I, seguindo a orientação sobre o preenchimento deste formulário constante do anexo II.

Parágrafo único. Os anexos I e II desta Instrução Normativa estarão disponíveis na página da ANS pela internet, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Art. 3º As operadoras de planos privados de assistência suplementar à saúde, para apresentarem seus programas, segundo definição da RN Nº 94, de 23 de março de 2005, à Diretoria de Normas e Habilitações dos Produtos – DIPRO, deverão seguir os seguintes passos:

I – acessar o modelo do formulário no endereço eletrônico www.ans.gov.br;

II – preencher o formulário de apresentação de programas, conforme roteiro apresentado no anexo II;

III – renomear o arquivo com o seguinte formato: 999999_DDMMAAAA.ppp; no qual 9999999 é o número de registro da operadora na ANS, DDMMAAAA é o dia, mês e ano de elaboração da proposta;

IV – o arquivo, denominado conforme especificação no item anterior, deverá ser transmitido à ANS, através do aplicativo PROTOCOLO DE TRANSMISSÃO DE ARQUIVO (PTA) disponível no endereço www.ans.gov.br.

Art. 4º As operadoras, ao apresentarem os programas de promoção à saúde e prevenção de doenças dos beneficiários de que trata a RN Nº 94, de 23 de março de 2005, para serem avaliados pela DIPRO, deverão necessariamente:

I – preencher todos os campos do formulário de apresentação do(s) programa(s);

II – realizar, no mínimo, UM PROGRAMA em, pelo menos, DUAS LINHAS DE CUIDADO, conforme especificação do Anexo II; e

III – prever o registro e armazenamento das informações das atividades realizadas para eventual vistoria ou fiscalização da ANS.

Art. 5º Os critérios adotados pela DIPRO para avaliação dos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças dos beneficiários de que trata a RN Nº 94, de 23 de março de 2005 são:

I – perfil de morbi-mortalidade da população beneficiária;

II – abrangência do programa, isto é, população que se pretende atingir com o programa em relação ao total de beneficiários;

III – cobertura do programa, isto é, número de beneficiários participantes em relação à população de abrangência;

IV – atividades desenvolvidas: número de beneficiários participantes, periodicidade, protocolos utilizados;

V – avaliação: sistema de informação, utilização de indicadores para monitoramento do programa e seus resultados; e

VI – adoção de normas/protocolos do Ministério da Saúde para os programas de saúde desenvolvidos, quando disponíveis.

[1] Publicada no DOU em 24/03/2005, seção 1, p. 46.

Art. 6º Os programas aprovados deverão informar os seus resultados com periodicidade semestral, a contar da data de autorização do(s) programa(s) pela ANS.
§1º Os resultados deverão seguir a orientação da alínea "L" do item IV do anexo II.
§2º A forma de envio dos resultados dos programas será definida pela DIPRO, posteriormente, por meio de instrução normativa.
Art. 7º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

ANEXO I

FORMULÁRIO DE APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

I. IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA
Nº de registro da operadora:

II. CARACTERIZAÇÃO DA OPERADORA (Aspectos Epidemiológicos)
i. Indicadores de Morbidade
ii. Indicadores de Mortalidade

III. CARACTERIZAÇÃO DA(S) LINHA(S) DE CUIDADO
i. Linha de cuidado:
ii. Responsável técnico:
iii. Endereço Eletrônico do responsável:

IV. CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA
a. Identificação
Nome do Programa de Saúde:
Data de início das atividades:
b. Justificativa para implantação do programa:
c. Objetivos:
d. População – Alvo:
_PLANO INDIVIDUAL _ PLANO COLETIVO

	Feminino	Masculino	Total
Menor de 1 ano			
1 a 4 anos			
5 a 9 anos			
10 a 19 anos			
20 a 49 anos			
50 a 69 anos			
70 e mais			

e. Forma de captação dos participantes do programa:
___ Diagnóstico epidemiológico
___Freqüência de utilização
___Exames periódicos de saúde
___Demanda espontânea
___Outros.Especifique _____
f. Local de desenvolvimento do programa:
g. Cobertura do programa:
h. Atividades desenvolvidas/previstas:
___Consultas
___Assistência farmacêutica para patologias crônicas
___Palestras
___Grupos:

___Operativos
___Terapêuticos
___Auto-ajuda
___Outros.Especifique _____
___ Atividades físicas. Especifique _____
__Atividades lúdicas .Especifique _____
___Outros.Especifique _____
i. Periodicidade de realização de cada atividade assinalada acima:
Consultas __ Semanal __ Quinzenal __ Mensal __ Outros (especificar)
Palestras __ Semanal __ Quinzenal __ Mensal __ Outros (especificar)
Grupos __ Semanal __ Quinzenal __ Mensal __ Outros (especificar)
Atividades físicas __Semanal __ Quinzenal __ Mensal __Outros (especificar)
Atividades lúdicas __Semanal __Quinzenal __ Mensal __Outros (especificar)
Outros __ Semanal __Quinzenal __ Mensal __ Outros (especificar)
j. Previsão de tempo de permanência do beneficiário no programa:
k. Metas propostas:
l. Avaliação:
___Sistema de Informação
___Formulários impressos
___Formulários eletrônicos
___Software para armazenamento
___Software para consolidação
___Divulgação dos resultados
___ Indicadores. Especificar _____
m. Referências bibliográficas

ANEXO II

ROTEIRO PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

I – IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA
a – Identificar o número de registro da operadora na ANS.
Verificar se o endereço na operadora no cadastro de operadoras (CADOP) está atualizado para comunicação futura, se necessário.

II – CARACTERIZAÇÃO DA OPERADORA (Aspectos Epidemiológicos)
i. Indicadores de morbidade (identificar as cinco primeiras causas de atendimentos nos serviços ambulatoriais e hospitalares no último ano, segundo sexo e faixa etária).
ii. Indicadores de mortalidade: apresentar mortalidade proporcional por causa: (nº de óbitos segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças, em relação ao total de óbitos). Especificar as cinco primeiras causas, segundo sexo e faixa etária.

III – CARACTERIZAÇÃO DA(S) LINHA(S) DE CUIDADO:
i. LINHAS DE CUIDADO
Entende-se como linha de cuidado as tecnologias ou recursos a serem consumidos durante o processo de assistência ao beneficiário nas diversas etapas do processo de produção da saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, operando vários serviços e funcionando de forma articulada. As linhas de cuidado escolhidas foram aquelas consideradas prioritárias no projeto de qualificação da Saúde Suplementar.
São elas: saúde materno-infantil; saúde bucal; e cuidado aos pacientes portadores de transtornos cardiovasculares e neoplasias.

A. LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL:
A.1. Programa em saúde materna;
A.2. Programa em saúde infantil (relacionados às crianças de 0 a 5 anos de idade).
A – LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL
B – LINHA DE CUIDADO DE INDIVÍDUOS SOB RISCO DE DESENVOLVER OU PORTADORES DE TRANSTORNOS CARDIOVASCULARES:

C.1. Programa para hipertensão arterial;
C.2. Programa para diabetes mellitus.

D. LINHA DE CUIDADO DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS:
A 1. Programa para neoplasia de colo de útero;
D. 2. Programa para neoplasia de mama feminina;
D. 3. Programa para neoplasia de próstata;
D. 4. Programa para neoplasia de cólon e reto.

E. OUTRAS: aquelas não incluídas nas linhas de cuidado acima.
ii. RESPONSÁVEL TÉCNICO: nome do responsável pelo acompanhamento do programa.
iii. ENDEREÇO ELETRÔNICO PARA CONTATO (e-mail).

IV – CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA: As informações solicitadas devem ser fornecidas para cada programa estabelecido. Podem ser utilizados tantos formulários quantos forem necessários.

A –IDENTIFICAÇÃO
I – Nome do programa de saúde;
II – Data de início das atividades do Programa.

B –JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA: motivações que levaram à adoção da estratégia.

C – OBJETIVOS: o que se pretende obter com a adoção da estratégia.

D – POPULAÇÃO-ALVO: número de pessoas que se pretende alcançar com a atividade programada. Solicita-se sua distribuição por tipo de plano, sexo e faixa etária, devendo ser preenchido conforme o programa realizado.

E – FORMA DE CAPTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA: especificar como é feito o contato com a população alvo para alocação nos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Ex: Diagnóstico epidemiológico; freqüência de utilização; exames periódicos de saúde; demanda espontânea, outros.

OBS: Diagnóstico Epidemiológico – compreende o conhecimento adequado do que ocorreu no passado e somado ao que se observa no presente, o que possibilita uma perspectiva do futuro. Para tal, é formada uma “base de dados”, utilizada para gerar indicadores com objetivo de conhecer a situação de saúde de indivíduos, guiar programas, reorientar as atividades dos serviços ou formular prognósticos. São componentes básicos de um diagnóstico (coletivo) de saúde num determinado território: suas características demográficas; as características do processo saúde-doença (padrão de morbidade, mortalidade e distribuição de fatores de risco); as características dos recursos disponíveis (serviços de saúde) e seus aspectos ecológicos e sócio-políticos. Freqüência de utilização – nº de eventos no item de despesa pelo Nº de expostos no mesmo item de despesa.

F – LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA: especificar município e/ou bairros e se o programa será desenvolvido em unidade da rede própria ou conveniada.

G – COBERTURA DO PROGRAMA: número de pessoas que participam de cada programa em relação ao total de pessoas que se pretende alcançar.

H – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/PREVISTAS: informar se realizarão consultas; palestras; grupos: operativos, de auto-ajuda, terapêuticos, outros; atividades multidisciplinares (atividades físicas e lúdicas), entre outros. Em etapa posterior – referente ao monitoramento dos resultados enviados semestralmente – deverão ser informados: periodicidade da realização das atividades, número e freqüência de beneficiários que participam de cada atividade e de mais de uma atividade.

OBS: Entende-se como Grupos de Auto-ajuda: Os self-help, de auto- sugestão, procuram auxiliar as pessoas a resolver seus problemas relacionados a eventos traumáticos decorrentes do acometimento de doenças de natureza aguda ou crônica (por exemplo, transtornos aditivos, incapacitações, situações de causas existenciais, traumas etc). São grupos homogêneos no sentido de que seus participantes passam pelo mesmo problema. Esta modalidade de grupo é amplamente difundida e faz parte do “Projeto Saúde para Todos no ano 2000”, da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Grupos Operativos: É um tipo de grupo terapêutico, que foi introduzido pelo psicanalista argentino Pichon Rivière na década de 40. Segundo seu criador "o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica". Através da realização de tarefas, os membros do grupo esclarecem suas dificuldades individuais, rompem com os estereótipos, esclarecendo os obstáculos que impedem o desenvolvimento individual. Auxilia os componentes do grupo a encontrarem as próprias condições de resolver ou enfrentar os seus problemas. Para Rivière o indivíduo é a resultante de um interjogo dinâmico estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos através do vínculo. O indivíduo é visto não como um ser isolado, mas incluído dentro de um grupo social.

Grupos Terapêuticos: visam fundamentalmente a uma melhoria de alguma situação de patologia dos indivíduos, quer seja estritamente no plano da saúde orgânica, quer no do psiquismo ou em ambos. Não há um específico corpo teórico existindo inúmeras vertentes, tais como grupo de orientação psicanalítica, psicodramático, da teoria sistêmica, da corrente cognitivo- comportamental, de abordagem holística etc.

I – PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES: especificar para cada tipo de atividade.

J – PREVISÃO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA DO BENEFICIÁRIO NO PROGRAMA: Especificar o tempo previsto de permanência do beneficiário no programa.

K – METAS PROPOSTAS: cobertura prevista para o programa, resultados esperados.

L – AVALIAÇÃO: Especificar o tipo de sistema de informação existente para armazenamento e consolidação dos dados (formulários, softwares, etc...) e os indicadores utilizados (para os programas de prevenção, utilizando-se preferencialmente, os indicadores do Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar). Especificar: cobertura alcançada (em relação à meta); periodicidade da avaliação e resultados encontrados.

M – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Discriminar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do projeto.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 13, DE 21 DE JULHO DE 2006[1]

Define os procedimentos da comunicação dos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, contratados por pessoa jurídica, independentemente de sua segmentação e da data de contratação, previstos nas Resoluções Normativas - RN nº 171, e RN nº 172, ambas de 8 de junho de 2008, ou em outras normas que venham a substituí-las.[2]

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 29, incisos I , II, e IV, e o art. 65, inciso I, alínea "a", do Anexo I, da Resolução Normativa Nº 81, de 3 de setembro de 2004, e considerando o disposto nas Resoluções Normativas – RN Nº 128, e RN Nº 129, ambas de 2006, resolve:

Art 1º Os procedimentos para comunicação de reajustes e revisões de planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos exclusivamente odontológicos, de que tratam a Resolução Normativa - RN nº 171 e a RN nº 172, ambas de 2008, ou em outras normas que venham a substituí-las, independente da data da celebração do contrato, deverão observar o disposto nesta Instrução Normativa.[3]

Art. 2º Os reajustes aplicados aos planos coletivos independentemente do número de beneficiários da carteira da operadora, deverão ser comunicados à ANS por meio de aplicativo RPC, pela Internet, trimestralmente, nos seguintes prazos.[4]

I - os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subsequente;

II - os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subsequente;

III - os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subsequente; e

IV - os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subsequente.

§1º O aplicativo RPC e seu manual, bem como as dúvidas mais freqüentes sobre seu preenchimento e operação, encontram-se disponíveis na página da ANS, endereço eletrônico http://www.ans.gov.br, portal operadoras.

§2º Para cada período de 12 (doze) meses deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária.

§3º As alterações de coparticipação e franquia também deverão ser comunicadas à ANS na forma do caput deste artigo.[5]

a) Revogado.[6]

b) Revogado.

c) Revogado.

d) Revogado.

§4º Revogado.[7]

Art. 2º-A. A operadora poderá retificar ou cancelar os comunicados de reajuste enviados à ANS até o término do período subsequente ao que deveria comunicá-lo, na forma prevista no Anexo II, no prazo definido no artigo 2º desta Instrução Normativa.[8]

---

[1] Publicada no DOU em 27/07/2006, seção 1, p. 45.

[2] A Ementa foi alterada conforme art. 1º da IN/DIPRO nº 47/2014.

[3] O art. 1º foi alterado, conforme art. 1º da IN/DIPRO nº 47/2014.

[4] O *caput* do art. 2º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN/DIPRO nº 47.

[5] O § 3º do art. 2º foi alterado, conforme art. 1º da IN/DIPRO nº 47/2014.

[6] As alíneas do parágrafo 3º, do art. 2º foram revogadas, conforme art. 4º da IN/DIPRO nº 47/2014.

[7] O § 4º do art. 2º foi revogado, conforme art. 4º da IN/DIPRO nº 47/2014.

[8] Os artigos 2º-A a 2º-D foram acrescidos, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 47/2014.

Art.2º-B. Caso o percentual de reajuste esteja em negociação e não haja tempo hábil para a sua comunicação dentro do prazo previsto no artigo 2º desta Instrução Normativa, deverá ser transmitido um comunicado informando que o reajuste está em negociação, na forma prevista no Anexo II.
§1º Deverá ser transmitido novo comunicado em substituição ao comunicado previsto no caput, informando qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária.
§2º O comunicado previsto no parágrafo anterior deverá ser transmitido à ANS nos seguintes períodos:
a) os reajustes com aniversário em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 31 de março do ano subsequente;
b) os reajustes com aniversário em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de junho do ano subsequente;
c) os reajustes com aniversário em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro do ano subsequente;
d) os reajustes com aniversário em dezembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro do ano subsequente;
e) os reajustes com aniversário em janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subsequente.
§3º Caso o contrato seja rescindido durante a negociação do percentual de reajuste, sem que tenha havido aplicação do reajuste anual, a operadora não deverá transmitir novo comunicado e deverá cancelar o comunicado que informou que o reajuste estava em negociação, conforme disciplina o item 5 do Anexo II desta Instrução Normativa.
Art.2º-C. Caso o contrato seja rescindido antes da aplicação do reajuste anual, não deverá haver a comunicação do percentual via RPC.
Parágrafo único. Na situação prevista no caput, caso o comunicado já tenha sido enviado à ANS, a operadora deverá solicitar o seu cancelamento, conforme disciplina o item 5 do Anexo II desta Instrução Normativa.
Art.2º-D. Havendo comunicação, retificação ou cancelamento de reajuste tardiamente, após a lavratura de auto de infração ou de representação, será presumido que houve lesão irreversível ao bem jurídico tutelado pela norma.
Parágrafo único. Havendo comunicação, retificação ou cancelamento de reajuste tardiamente, em data anterior à lavratura do auto de infração ou de representação, resultando no cumprimento útil da obrigação, aplicar-se-á o instituto da reparação voluntária e eficaz.
Art. 3º O preenchimento das informações a que se refere esta Instrução deverá seguir as definições constantes de seus Anexos.
Art 4º Os percentuais de reajuste e revisão informados à ANS devem refletir o reajuste efetivamente praticado pela operadora, não podendo estar acima ou abaixo do aplicado.
§1º Deverá ser comunicada qualquer variação positiva, negativa, ou nula, do valor da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou manutenção da mesma.
§2º O percentual de reajuste informado no comunicado deverá se referir a alteração do valor da contraprestação pecuniária em relação ao valor correspondente ao mês anterior ao da aplicação.
§3º Entende-se por variação nula a manutenção do valor da contraprestação pecuniária após a conclusão da negociação anual referente ao aniversário do contrato.[1]
§4º Quando da aplicação de reajuste não linear, conforme definido no Anexo I desta Instrução Normativa, deverão ser respeitados os limites de variação entre as faixas etárias, conforme disposto na Resolução CONSU nº 6, de 4 de novembro de 1998, e na Resolução Normativa nº 63, de 23 de dezembro de 2003, considerando a data de celebração do contrato.
Art. 5º A operadora deverá observar adicionalmente as regras contidas no Anexo II desta Instrução Normativa, nas seguintes hipóteses:
I – Quando a negociação anual tenha ultrapassado o mês de aniversário do contrato;
II – Exclusivamente para contratos vigentes que permaneçam incompatíveis com a RN nº 195, de 2009, quando a definição do percentual de reajuste e do período de aplicação de um mesmo plano e contrato for diferenciada em função da data de adesão de seus beneficiários;[2]
III – Quando a contraprestação pecuniária for cobrada por meio de um percentual fixo da renda percebida;
IV – Quando o reajuste for aplicado de forma parcelada;

[1] O § 3º do art. 4º foi alterado, conforme art. 1º da IN/DIPRO nº 47/2014.
[2] O inciso II do art. 4º foi alterado, conforme art. 1º da IN/DIPRO nº 47/2014.

V – Para retificar ou cancelar comunicados de reajuste;
VI - Quando o contrato estiver agregado ao Agrupamento de Contratos da operadora, regulamentado pela RN nº 309, de 2012.[1]
Art. 6º Somente serão considerados, para fins de cumprimento desta Instrução Normativa, os comunicados que forem incorporados à base de dados da ANS, sendo de inteira responsabilidade da operadora a verificação da incorporação dos respectivos dados.
Parágrafo Único. Para a incorporação de que trata o *caput* deste artigo, os comunicados deverão ser gerados e enviados na versão do aplicativo disponível na data da transmissão.
Art. 7º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

[1] O inciso VI do art. 5º foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 47/2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA-IN Nº 14, DE 25 DE JULHO DE 2007[1]

Define o conjunto de informações a serem solicitadas para a Primeira Fase d o Monitoramento e Avaliação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e o procedimento de envio dessas informações, previstos na Resolução Normativa - RN nº 94 e IN nº 10, de 23 de Março de 2005.

O Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – DIPRO/ANS, no uso da competência que lhe confere o art. 29, combinado com o art. 65, inciso I, alínea "a", ambos do Regimento Interno aprovado pela Resolução Normativa - RN nº 81, de 03 de setembro de 2004, e em conformidade com o previsto no art. 5º, § 2º da Resolução Normativa - RN nº 94, de 23 de março de 2005 e art. 6º, § 2º da Instrução Normativa – IN nº 10 de mesma data, resolve:

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que tiveram seus Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças aprovados segundo critérios da RN nº 94 e IN nº 10, de 23 de Março de 2005, deverão observar o disposto nesta Instrução Normativa.
Art. 2º Serão monitorados e avaliados, segundo as especificações estabelecidas nesta Instrução Normativa, exclusivamente os programas que foram aprovados pela ANS a partir dos critérios estabelecidos pela RN nº 94 e Instrução Normativa – IN nº 10, de 2005.
Art. 3º As operadoras que possuem programas aprovados deverão estar em dia, de acordo com os prazos estabelecidos pelos normativos da ANS, com o envio dos sistemas cadastrais – Sistema de Informação de Produtos (SIP), Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), Documento de Informações Periódicas (DIOPS) e adimplentes com o pagamento da Taxa de Saúde Suplementar (TSS).
Art. 4º As informações referentes aos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças a serem transmitidas à ANS constam no Anexo I e II desta Instrução Normativa. No Anexo I consta o Conjunto de Variáveis e no Anexo II consta o Glossário, com vistas a orientar o envio e o preenchimento das informações solicitadas. Parágrafo único Os Anexos I e II desta Instrução Normativa estarão disponíveis no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
Art. 5º As operadoras deverão consolidar os dados processados até 30 de junho de 2007 e transmiti-los até o dia 14 de setembro de 2007.
Art. 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão transmitir os dados à Diretoria de Normas e Habilitações dos Produtos – DIPRO, de acordo com os seguintes passos:
I - acessar o modelo do formulário no endereço eletrônico www.ans.gov.br;
II - preencher um formulário de apresentação para cada programa aprovado, conforme roteiro apresentado nos Anexos I e II;
III - nomear o arquivo com o seguinte formato: 999999_XXX_DDMMAAAA.APP; no qual 999999 é o número de registro da operadora na ANS, XXX as letras de identificação do programa e DDMMAAAA é o dia, mês e ano de envio dos dados.
§1º As informações deverão ser enviadas, impreterivelmente, em duas versões:
I - versão eletrônica, na qual o arquivo, denominado conforme especificações do inciso III, deverá ser transmitido à ANS, através do aplicativo PROGRAMA TRANSMISSOR DE ARQUIVOS (PTA) disponível no endereço www.ans.gov.br; e
II - versão impressa a ser encaminhada à GGTAP/DIPRO/ANS, juntamente com o Protocolo de Transmissão de Arquivo, que comprova o envio do arquivo de dados PTA e os materiais de divulgação do programa aos beneficiários. Será considerada a data de postagem para fins de cumprimento do prazo previsto no art. 5º desta Instrução Normativa.
§ 2º Não serão considerados arquivos enviados com mais de um programa.
§ 3º Caso o arquivo não esteja de acordo com as especificações do §1º deste artigo, o envio será desconsiderado por descumprimento desta Instrução Normativa.

[1] Publicado no DOU em 31/07/2007, seção 01 p. 37.

Art. 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que descumprirem, a qualquer tempo, as exigências do processo de Monitoramento e Avaliação dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, terão automaticamente os benefícios previstos na RN nº 94, de 23 de março de 2005, cancelados.
Art. 8º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PORDUTOS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 16, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2008[1]

Dispõe sobre as orientações de preenchimento do Sistema de Informações de Produtos – SIP/ANS, a partir das Guias do padrão de Trocas de Informações em Saúde Suplementar - TISS e dá outras providências.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no inciso I e V do art. 29 do Anexo I da Resolução Normativa – RN n.º 81, de 3 de setembro de 2004, resolve:

Art. 1° A presente Instrução Normativa tem por objetivo facilitar o preenchimento das informações do Sistema de Informações de Produtos – SIP/ANS, referente à RN n.º 152/2007, pela orientação da utilização dos padrões de conteúdo e estrutura das guias do padrão de Trocas de Informações em Saúde Suplementar – TISS, referente à RN nº 153/2007.

Art. 2º É parte integrante da presente Instrução Normativa o Anexo I, referente à compatibilização dos campos do SIP/ANS com as Guias do padrão TISS, e o Anexo II, referente à compatibilização dos campos do SIP/ANS com os procedimentos descritos na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar para codificação de procedimentos médicos (TUSS) – IN/DIDES n.º 30/2008, anexos estes disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.

Art. 3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde podem dispor, para fins de preenchimento das informações do SIP/ANS, conforme normas da RN nº 152/2007, das informações disponíveis nas guias do padrão TISS, relacionadas na IN/DIDES nº 22/2006, para os eventos médico-hospitalares, e na IN/DIDES nº 29/2008, para os eventos odontológicos, além das novas tabelas de domínio constantes na IN/DIDES nº 31/2008.

Art. 4º Esta Instrução não promove qualquer alteração nas normas contidas na RN n.º 152/2007 para envio das informações requeridas pelo Sistema de Informações de Produtos – SIP.

Art. 5º As informações de preenchimento do SIP, referentes à RN nº 152/2007, deverão manter seu envio obrigatório independentemente dos dados estarem contidos nas Guias do TISS.

Art. 6º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
DIRETOR

[1] Publicado no DOU em 12/12/2008

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 19, DE 3 DE ABRIL DE 2009[1]

Dispõe sobre o detalhamento da Resolução Normativa – RN Nº 186, de 2009, e da RN Nº 254, de 2011, que dispõem, respectivamente, sobre portabilidade de carências e sobre adaptação e migração de contratos; e implementa a compatibilidade dos produtos e a faixa de preços para fins de portabilidade de carências e de migração.[2]

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º; e os incisos XXIV, XXVIII e XXXII do artigo 4º e II do artigo 10, da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 65, inciso I, alínea a e o artigo 29, inciso I, do Anexo I, da Resolução Normativa nº 81, de 3 de setembro de 2004, e pelos artigos 3º; 13, §1º; 22; 23, inciso I; 33; e 37, o Anexo II, da Resolução Normativa Nº 100, de 3 de junho de 2005, e os artigos 3º, §1º e 14 da Resolução Normativa Nº 186, de 14 de janeiro de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objeto o detalhamento da Resolução Normativa nº 186, de 2009, e da Resolução Normativa nº 254, de 2011, que dispõem, respectivamente, sobre portabilidade de carências e sobre adaptação e migração; e a implementação da compatibilidade dos produtos e da faixa de preços para fins de portabilidade de carências e de migração.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Do Prazo de Permanência para a Portabilidade

Art. 2º Em contratos adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, de planos contratados anteriormente à 1º de janeiro de 1999, o prazo de permanência previsto no inciso II do artigo 3º da RN Nº 186, de 2009, será contado a partir da data da adaptação.

Art. 3º Para comprovação do prazo de permanência disposto no inciso II do artigo 3º da RN Nº 186, de 2009, admite-se qualquer documentação hábil, tais como:

I - cópia da proposta de adesão;

II - contrato assinado;

III - comprovantes de pagamento do período; ou

IV - declaração emitida pela operadora do plano de origem.

Parágrafo único. Para efeito do inciso II do artigo 3º da RN Nº 186, de 2009, considera-se plano de origem o produto ao qual o beneficiário esteja vinculado no momento imediatamente anterior ao exercício da portabilidade.

Seção II
Dos Aspectos Operacionais Gerais da Portabilidade[3]

Art. 4º Para efeito do artigo 4º da RN Nº 186, de 2009, consideram-se custas adicionais a cobrança de quaisquer acréscimos diversos das condições normais de comercialização de um plano de saúde.

Art. 5º Caso o beneficiário não possua a documentação prevista no art. 8º da RN Nº 186, de 2009, este poderá solicitá-la à operadora do plano de origem, que deverá atendê-lo no prazo de 10 (dez) dias, a contar da ciência do pedido, observando-se o disposto no art. 4º da RN Nº 186, de 2009.

---

[1] Publicada no DOU em 06/04/2009, seção 1, p. 51 e 52.

[2] A ementa, o art. 1º e o nome da Seção 1 passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.

[3] O nome da Seção 2 foi alterado, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.

Parágrafo único. A operadora do plano de origem, quando solicitada em seu Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC, deverá informar a data da inclusão do beneficiário ao plano de saúde, o número do registro da operadora e o número do registro do produto contratado pelo beneficiário, devendo também constar estas informações expressamente na documentação expedida para atendimento ao disposto no *caput*.

Art. 6º Deverão constar do boleto de pagamento dos beneficiários de planos individuais e familiares as seguintes informações:

I - número do registro da operadora;

II - número do registro de produto na ANS ou código do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA;

III - valor da contraprestação pecuniária especificado por beneficiário do plano, discriminando as tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias; e

IV - data da contratação ou, da inclusão do beneficiário ou, da adaptação, em caso de plano anterior à 1º de janeiro de 1999.

Seção III
Da Vigência do Contrato do Plano de Destino no caso da Portabilidade[1]

Art. 7º O início da vigência do contrato do plano de destino torna extinto o vínculo do beneficiário com o plano de origem, nos termos do art. 11 da RN Nº 186, de 2009 e do art. 8º desta Instrução Normativa.

§1º O contrato do plano de origem vigorará até as 24 horas do dia anterior ao início da vigência do contrato do plano de destino.

§2º O contrato do plano de destino entrará em vigor imediatamente após a extinção do contrato do plano de origem.

§3º A operadora do plano de destino deve notificar a data do início da vigência do novo contrato à operadora do plano de origem no prazo previsto no parágrafo 2º do art. 11 da RN Nº 186, de 2009, por quaisquer meios hábeis à certificação do recebimento, enviando cópia da proposta de adesão do plano de destino assinada pelo beneficiário.

§4º A operadora do plano de origem deve adotar como fim da vigência do contrato a data prevista no parágrafo 3º.

Art. 8º A proposta de adesão do plano de destino deverá conter uma cláusula em que conste a manifestação expressa do beneficiário em extinguir seu vínculo com o plano de origem, sob a condição de que a operadora de destino aceite a referida proposta de adesão nos termos do art. 11 da RN Nº 186, de 2009.

§1º Na hipótese do artigo 6º, §2º da RN Nº 186, de 2009, caso o proponente seja beneficiário titular de contrato familiar, a cláusula, tratada no *caput*, extingue apenas o seu vínculo de beneficiário, mantendo-se o mesmo na condição de responsável financeiro, para fins desta Instrução Normativa, e preservando-se os demais vínculos do contrato do plano de origem, salvo se um ou mais dependentes optar pelo disposto no §1º do artigo 3º da RN Nº 195, de 2009.[2]

§2º A assinatura de proposta com cláusula de extinção do vínculo de beneficiário com o contrato do plano de origem caracteriza o seu consentimento com o fim da cobertura assistencial na forma desta Instrução Normativa.

Art. 9º Em caso de internação, suspende-se o prazo previsto no parágrafo 1º do art. 11 da RN Nº 186, de 2009 até a ciência da data da alta da internação pela operadora do plano de destino, permanecendo o vinculo do beneficiário com o plano de origem até completar a contagem do referido prazo.

§1º Na hipótese do *caput*, a operadora do plano de origem deverá notificar o início da internação do beneficiário à operadora do plano de destino no prazo de 5 (cinco) dias a contar:

I - do recebimento da notificação tratada no §3º do artigo 7º; ou

II - do conhecimento da internação, caso seja posterior ao recebimento da notificação tratada no §3º do artigo 7º.

§2º Na hipótese do *caput*, a operadora do plano de origem deverá comunicar a data da alta da internação do beneficiário à operadora do plano de destino no prazo de 5 (cinco) dias a contar do conhecimento da referida alta, sem prejuízo da possibilidade de o beneficiário fazer esta comunicação.

[1] O nome da Seção 3 foi alterado, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.

[2] O §1º do art. 8º passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011.

§3º Uma vez notificada na forma do §2º, o prazo referido no *caput* volta a correr, devendo a operadora de destino notificar o beneficiário o início de vigência do novo contrato.
§4º As comunicações tratadas nos parágrafos 1º e 2º deverão ser realizadas por quaisquer meios hábeis à certificação do recebimento.
Art. 10. Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua contraprestação pecuniária.
Art. 11. A última contraprestação pecuniária do plano de origem deverá ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço.
Parágrafo único. A operadora deverá adotar a cobrança prorata para a última contraprestação pecuniária ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.
Art. 12. Na hipótese do §2º do artigo 6º da RN Nº 186, de 2009, não poderá haver o recálculo do valor da contraprestação pecuniária dos beneficiários que permanecerem no contrato, sendo admitida apenas a exclusão de eventuais descontos, desde que estejam expressamente previstos em contrato, referentes a cada vínculo extinto.

Seção IV
Das Faixas de Preço Calculadas a partir das Notas Técnicas de Registro de Produto para fins de Portabilidade e Migração[1]

Art. 13. Os valores da coluna T das Notas Técnicas de Registro de Produto serão categorizados em cinco faixas de preço, por tipo de contratação, que serão calculadas a partir da sua distribuição estatística.[2]
Art. 14. Os valores dos planos de origem e de destino serão enquadrados em uma das cinco faixas de preços obtidas na forma do art. 13.
§1º Para os planos com registro de produto em situação "ativo", os valores tratados no *caput* serão extraídos da Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP (Coluna T do Anexo II-B da Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000), considerando a faixa etária que, estatisticamente, melhor reflita a equivalência entre os planos, ressalvado o disposto no §2º deste artigo.[3]
§2º Para os planos de origem com contratos adaptados ou, cujo registro de produto esteja em situação "ativo com comercialização suspensa", ou cujo registro de produto esteja em situação "ativo" e que a regulamentação não exija o envio de NTRP, o enquadramento em uma das faixas de preço será de acordo com o valor do boleto bancário e com a idade do beneficiário, na forma do artigo 16 desta Instrução Normativa.
§3º Na consulta para fins de migração, em se tratando de contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999, e não adaptado, o enquadramento em uma das faixas de preço será realizado de acordo com o resultado da adição de 20,59% (vinte vírgula cinqüenta e nove por cento) sobre o valor da contraprestação pecuniária informado, e de acordo com a idade do beneficiário, na forma do artigo 16-A desta Instrução Normativa.
§4º A ANS poderá, de acordo com as atualizações da NTRP, recalcular as faixas de preço, com o conseqüente reenquadramento dos planos, quando for o caso.[4]
Art. 15. Quando o registro de produto do plano de origem estiver "ativo", sua faixa de preço será comparada com a faixa de preços do plano de destino, conforme relatório válido entregue na data da assinatura da proposta de adesão ao último, nos termos do artigo 19 desta Instrução Normativa, ressalvado o disposto no *caput* do artigo 16.[5]
Art. 16. Quando o contrato do plano de origem for adaptado, ou quando o seu registro de produto estiver em situação "ativo com comercialização suspensa", ou cujo registro de produto esteja em situação "ativo" e que a regulamentação não exija o envio de NTRP, o valor da contraprestação pecuniária, constante do último comprovante de pagamento entregue pelo beneficiário no plano de origem, será enquadrado em uma faixa de preço, de acordo com a faixa etária do beneficiário, e esta faixa de preço será comparada com a faixa de preço do plano de destino.

[1] O nome da Seção IV foi alterado, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.
[2] O art. 13 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011.
[3] Os §§1º, 2º e 3º do art. 14 passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011.
[4] O §4º do art. 14 foi acrescido, conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 32/2011.
[5] O art. 15 e o *caput* do art. 16, passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011.

§1º Do valor do boleto para contraprestação pecuniária tratado no *caput*, deverão ser excluídas as tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias.[1]
§2º Será considerada somente a faixa de preço do titular do contrato para comparação com a faixa de preço do plano de destino, ou caso o vínculo do titular esteja extinto, a faixa de preço do beneficiário de mais idade.
Art. 16-A. Na consulta para fins de migração, em se tratando de contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999, e não adaptado, o valor da contraprestação informada pelo beneficiário será acrescido de 20,59% (vinte vírgula cinqüenta e nove por cento), com vistas ao enquadramento em uma faixa de preço, de acordo com a faixa etária do beneficiário, e esta faixa de preço será comparada com a faixa de preço do plano de destino.[2]
§1º O valor da contraprestação deverá ser informado excluindo-se as tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias.
§2º Será considerada somente a faixa de preço do titular do contrato para comparação com a faixa de preço do plano de destino, ou caso o vínculo do titular esteja extinto, a faixa de preço do beneficiário de mais idade.
Art. 17. Para os planos exclusivamente odontológicos considera-se na mesma faixa de preços o plano de destino cuja contraprestação pecuniária seja menor ou igual à contraprestação pecuniária do plano de origem, não se aplicando o disposto neste capítulo.
§1º A contraprestação pecuniária tratada no *caput* será o somatório das contraprestações pecuniárias dos beneficiários que exercerem a portabilidade de carências.
§2º Aplica-se à portabilidade de carências entre planos exclusivamente odontológicos as disposições do parágrafo 1º do art. 16 desta Instrução Normativa, no que couber.
17-A. Na migração, no que se refere aos planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço o plano de destino cuja contraprestação pecuniária seja menor ou igual ao resultado da adição de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento) sobre o valor da contraprestação pecuniária do plano de origem.
§1º A contraprestação pecuniária tratada no *caput* será o somatório das contraprestações pecuniárias dos beneficiários que exercerem a migração.
§2º Aplica-se à migração entre planos exclusivamente odontológicos as disposições do parágrafo 1º do artigo 16-A desta Instrução Normativa, no que couber.

Seção V
Da Consulta aos Planos enquadrados em Tipo Compatível para fins de Portabilidade e de Migração[3]

Art. 18. O beneficiário poderá consultar os planos compatíveis, para fins de portabilidade ou de migração, em aplicativo a ser disponibilizado no sítio eletrônico da ANS na internet, devendo informar, dentre outros, os seguintes dados do plano de origem:
I - o número do registro de produto na ANS, caso tenha sido contratado após 01/01/1999;
II - o código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA, caso tenha sido contratado antes de 01/01/1999 e adaptado;
III - a sua idade e o valor da contraprestação pecuniária nas hipóteses previstas nos §§2º e 3º do artigo 14, no artigo 16 e no artigo 16-A desta Instrução.[4]
§1º Considera-se valor da contraprestação pecuniária:[5]
I - na hipótese de plano individual ou familiar, a quantia correspondente ao respectivo beneficiário; e
II - na hipótese de plano coletivo por adesão, a soma da parcela paga pelo beneficiário à parcela paga pela pessoa jurídica contratante, ou a quantia paga pelo beneficiário caso pague integralmente, ou a quantia paga pela pessoa jurídica contratante do plano coletivo caso pague integralmente, quando for o caso.

[1] O §1º do art. 16, passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011.
[2] Os arts. 16-A e 17-A foram incluídos, conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 32/2011.
[3] O nome da Seção V e o *caput* do art. 18 passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.
[4] O inciso III do art. 18 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011. Contudo, foi alterado novamente, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.
[5] O parágrafo único do art. 18 passou a vigorar com nova redação, transformando-se em §§1º e 2º, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 30/2011.

§2º Caso o beneficiário necessite de algum esclarecimento sobre a consulta ou, não tenha acesso à internet, poderá entrar em contato com a ANS.

Art. 19. O aplicativo tratado no artigo 18 emitirá relatório contendo o plano enquadrado, na data da consulta, em tipo compatível para a portabilidade de carências ou para a migração, conforme o caso.[1]

§1º Para fins de compatibilização entre os planos, o relatório previsto no *caput* terá validade até as 24 horas do dia posterior à sua emissão, devendo ser aceito pela operadora do plano de destino se apresentado dentro deste prazo.

§2º A apresentação do relatório extraído do aplicativo com as informações sobre o plano enquadrado em tipo compatível é requisito para o exercício da portabilidade de carências e da migração.

§3º Na impossibilidade de impressão do relatório pelo beneficiário, a operadora do plano de destino deverá imprimi-lo.

§4º A apresentação do relatório tratado no *caput* não dispensa o beneficiário do atendimento a todos os requisitos previstos na RN Nº 186, de 2009, ou na RN Nº 254, de 2011, conforme o caso, e nesta Instrução Normativa.

Art. 19-A. Quando o plano de origem não for localizado na consulta tratada nos artigos 18 e 19 desta Instrução, o beneficiário poderá protocolizar solicitação na ANS, que deverá estar instruída com documentação que comprove o atendimento aos requisitos de compatibilidade para exercício da portabilidade de carências, conforme previsto nos §§3º a 6º do artigo 8º da RN Nº 186, de 2009.[2]

§1º A solicitação deverá estar acompanhada dos seguintes documentos:

I - cópia do contrato;

II - cópia de documento que contenha o número do registro de produto na ANS ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA, para planos adaptados, com o respectivo comprovante da adaptação;

III - cópia da carteira de identidade;

IV - Procuração com firma reconhecida, se for feita mediante procurador; e

V - cópia do documento de cobrança;[3]

VI - demonstrativo da participação financeira da pessoa jurídica, se for o caso; e

VII - relatório emitido pelo aplicativo tratado no artigo 18, indicando a não localização do plano de origem.

§2º Na ausência dos documentos indicados nos incisos I e II do §1º, serão buscadas as informações contidas nas bases de dados da ANS para atendimento à solicitação.

§3º Na ausência dos documentos tratados nos incisos III e IV do §1º e caso a busca tratada no §2º não indique o plano contratado pelo beneficiário, será expedido Ofício para que este complemente a documentação no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do seu recebimento, sob pena de indeferimento.

§4º Após a juntada da documentação prevista nos incisos do §1º, será realizada uma consulta ao módulo de portabilidade de carências do aplicativo tratado no artigo 18.

§5º Caso a consulta tratada no §4º permita a localização do plano de origem do beneficiário, será expedido Ofício orientando que este faça nova consulta ao módulo da portabilidade de carências do aplicativo tratado no artigo 18 e procure a operadora escolhida no prazo previsto nos §§4º e 5º do art. 8º, ambos da RN Nº 186, de 2009.

§6º Após a realização da consulta tratada no §4º, não ocorrendo a hipótese do §5º, será realizada uma consulta ao módulo geral do aplicativo tratado no artigo 18, com a informação do tipo de contratação e a segmentação assistencial do produto contratado pelo beneficiário.

§7º O resultado da consulta será encaminhado ao beneficiário solicitante em anexo ao Ofício previsto no §4º do artigo 8º da Resolução Normativa nº 186, de 2009.

§8º O procedimento previsto nesse artigo poderá ser realizado pela Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos e pelos Núcleos da ANS.

Art. 19-B. Quando o plano de origem não for localizado na consulta para fins da migração tratada nos artigos 18 e 19 desta Instrução, o beneficiário poderá protocolizar solicitação na ANS, que deverá estar instruída nos termos do §1º, do artigo 17, da RN Nº 254, de 2011, e ainda com os seguintes documentos:[4]

I - cópia do contrato;

---

[1] O *caput* e os §§2º e 4º do art. 19 passaram a vigorar com nova redação, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 32/2011.

[2] O art. 19-A foi acrescido, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 30/2011.

[3] Os incisos V, VI e VII do §1º do art. 19-A foram incluídos, conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 32/2011.

[4] O art. 19-B foi incluído, conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 32/2011.

II - cópia de documento que contenha o número do registro de produto na ANS ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA;
III - cópia da carteira de identidade;
IV - procuração com firma reconhecida, se for feita mediante procurador;
V - cópia do documento de cobrança;
VI - demonstrativo da participação financeira da pessoa jurídica, se for o caso; e
VII - relatório emitido pelo aplicativo tratado no artigo 18, indicando a não localização do plano de origem.
§1º Na ausência dos documentos indicados nos incisos I e II do *caput*, serão buscadas as informações contidas nas bases de dados da ANS para atendimento à solicitação.
§2º Na ausência dos documentos tratados nos incisos III e IV do *caput* e caso a busca tratada no §1º não indique o plano contratado pelo beneficiário, será expedido Ofício para que este complemente a documentação no prazo de 30 (trinta) dias, sob pena de indeferimento.
§3º Após a juntada da documentação prevista nos incisos do *caput*, será realizada uma consulta ao módulo de migração do aplicativo tratado no artigo 18.
§4º Caso a consulta tratada no §3º permita a localização do plano de origem do beneficiário, será expedido Ofício orientando que este faça nova consulta ao módulo da migração do aplicativo tratado no 18.
§5º Após a realização da consulta tratada no §3º, não ocorrendo a hipótese do §4º, será realizada uma consulta ao módulo geral do aplicativo tratado no artigo 18, com a informação do tipo de contratação, da segmentação assistencial e do valor da contraprestação do produto informado pelo beneficiário.
§6º O resultado da consulta será encaminhado ao beneficiário solicitante conforme previsão do *caput* do artigo 17 da RN Nº 254, de 2011.
§7º O procedimento previsto nesse artigo poderá ser realizado pela Gerência-Geral Econômico-Financeira e Atuarial dos Produtos e pelos Núcleos da ANS.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.[1]

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
DIRETOR-PRESIDENTE

[1] As alterações contempladas pela IN-DIPRO nº 32 entraram em vigor 30 (trinta) dias após a sua publicação, ou seja, em 03/08/2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 29 DE SETEMBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre os instrumentos de orientação aos beneficiários, previstos no artigo 24 da Resolução Normativa – RN Nº *195, de 14 de julho 2009, alterada pela Resolução Normativa* – RN Nº *200, de 13 de agosto de 2009.*

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea "a" do inciso I do artigo 76, a alínea "a" do inciso I do artigo 85 e os incisos I, VI e IX do artigo 38, todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, e o parágrafo único do artigo 24 da Resolução Normativa - RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa - RN Nº 200, de 13 de agosto de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta o artigo 24 da Resolução Normativa – RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN Nº 200, de 13 de agosto de 2009, estabelecendo os padrões a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde na confecção do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e do Guia de Leitura Contratual – GLC.

Parágrafo único. O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Os Anexos I e II desta Instrução Normativa apresentam os modelos do MPS e do GLC a serem seguidos em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).[2]

§1º Os documentos referidos no *caput* deste artigo deverão ser entregues em material impresso ou em mídia digital, à escolha do beneficiário, no momento descrito no art. 4º ou 5º, conforme o caso.

§2º A entrega deverá ser feita pela operadora, inclusive classificada na modalidade de Administradora de Benefícios, podendo ser intermediada por representante da pessoa jurídica contratante, no caso dos planos coletivos.

§3º Os itens "Padrão de Acomodação", "Doença ou Lesão Preexistente" e "Cobertura Parcial Temporária" contidos nos Anexos não se aplicam às operações de planos exclusivamente odontológicos.

§4º O item "Padrão de Acomodação" contido no Anexo II não se aplica às operações de planos exclusivamente ambulatoriais ou combinados com odontologia.

Art. 3º O MPS e o GLC somente serão exigidos para os contratos celebrados a partir da entrada em vigor da Resolução Normativa – RN Nº 195, de 2009, ou para o ingresso de novos beneficiários aos contratos aditivados para atender as disposições da referida Resolução.

Parágrafo único. A entrega dos referidos documentos não exonera a operadora de planos privados de assistência à saúde do dever de entregar uma via do instrumento contratual ao contratante pessoa física ou jurídica.

Art. 4º O MPS deverá ser entregue anteriormente à assinatura da proposta de contratação, segundo o tipo de contratação:

I – nos planos individuais: ao beneficiário titular; ou

[1] Publicada no DOU em 30/09/2009, seção 1, p. 195 a 197.

[2] Os Anexos da normativa estão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico (www.ans.gov.br).

II – nos planos coletivos: ao representante da pessoa jurídica contratante ou Administradora de Benefícios e aos beneficiários titulares até a assinatura da sua proposta de ingresso no plano.

Art. 5º O GLC deverá ser entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular, independentemente do tipo de contratação.

Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular de plano coletivo, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º Esta Instrução Normativa entra em vigor em 15 de outubro de 2009.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 21, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre as novas informações do Sistema de Informações de Produtos – SIP a serem enviadas a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o Art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objetivo regulamentar o Art. 2º da Resolução Normativa – RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, que estabelece normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos – SIP, que tem como finalidade acompanhar a assistência de serviços prestada aos beneficiários de planos de saúde.
Art. 2º O Anexo dessa Instrução Normativa apresenta as informações a serem enviadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e estará disponível para consulta no sítio da ANS.
Art. 3º O SIP/ANS versão XML e o respectivo manual de orientação estarão disponíveis para download no sítio da ANS.
Art. 4º O aplicativo do SIP/ANS versão 3.2.3 estará disponível no sítio da ANS até 31/12/2010 para envio, correção e substituição dos arquivos relativos ao período compreendido entre o 1º trimestre/2002 e o 4º trimestre/2009.
Art. 5º Esta Instrução Normativa entrará em vigor em 1º de janeiro de 2010.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

[1] Publicada no DOU em 10/10/2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 22, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre os procedimentos de atualização do registro de produtos de contratação coletiva, previstos no artigo 27 da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela Resolução Normativa – RN nº 204, de 1º de outubro de 2009; e revoga o Anexo I da Instrução Normativa – IN nº 15, de 14 de dezembro de 2007.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõem a alínea "a" do inciso I do artigo 76, a alínea "a" do inciso I do artigo 85 e os incisos I, VI e IX do artigo 38, todos da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, e o §2º do artigo 27 da Resolução Normativa – RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN Nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela Resolução Normativa – RN Nº 204, de 1º de outubro de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objeto estabelecer os procedimentos de atualização do registro de produtos de contratação coletiva, previstos no artigo 27 da Resolução Normativa – RN Nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN Nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela Resolução Normativa – RN Nº 204, de 1º de outubro de 2009; e revogar o Anexo I da Instrução Normativa – IN Nº 15, de 14 de dezembro de 2007.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Reclassificação dos Planos Coletivos

Art. 2º Para a atualização do registro dos produtos prevista no artigo 27 da RN Nº 195, de 2009, alterada pela RN Nº 200, de 2009, e pela RN Nº 204, de 2009, será feita a reclassificação automática de todos os planos coletivos com registro na ANS, incluindo aqueles cuja adequação esteja em curso.

Art. 3º A reclassificação dos registros dos produtos terá como base a informação do(s) tipo(s) de vínculo(s) dos beneficiários com a pessoa jurídica contratante ou do tipo de contratação indicada pela operadora nas solicitações de registro ou adequação do registro provisório de produtos e obedecerá aos critérios dispostos no Anexo I desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. A relação existente entre o beneficiário titular e a pessoa jurídica contratante definirá o tipo de contratação dos registros dos produtos.

Art. 4º A reclassificação automática de que trata o artigo 2º será disponibilizada no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

§1º As operadoras terão o prazo de 3 de novembro de 2009 a 2 de dezembro de 2009 para confirmar ou indicar a alternativa operacional à reclassificação dos registros de seus produtos no endereço eletrônico www.ans.gov.br, bem como ajustar o nome comercial, se incompatível com a nova classificação de tipo de contratação a ele atribuída.

§2º As operadoras previstas nos incisos I e II do artigo 2º da RN Nº 137, de 14 de novembro de 2006, alterada pela RN Nº 148, de 3 de março de 2007, e classificadas no Cadastro de Operadoras como Autogestão por RH ou Autogestão com Mantenedor terão seus registros de produtos reclassificados como planos coletivos empresariais.

§3º As operadoras não devem estabelecer nomes que possam confundir ou induzir o beneficiário a erro sobre as características do produto.

Art. 5º Finalizada a reclassificação e permanecendo vigente contratos com beneficiários titulares cujo vínculo com a pessoa jurídica contratante seja incompatível com o tipo de contratação do plano ora reclassificado, a operadora, através de aditivo contratual celebrado entre as partes, deverá:

[1] Publicada no DOU em 13/10/2009, seção 1, p. 139.

I – na hipótese de possuir outro produto registrado com as mesmas características e compatível com o vínculo e tipo de contratação:
a) informar no contrato novo número de registro; e
b) atualizar as informações no Sistema de Informação de Beneficiário – SIB (mudança de plano dentro da mesma operadora); ou
II – na hipótese de não possuir outro produto registrado com as mesmas características e compatível com o vínculo e tipo de contratação, solicitar o registro de um novo produto nas condições adequadas para posteriormente alterar o número de registro naquele contrato e atualizar o SIB.
§1º A solicitação do novo registro disposto no inciso II deste artigo deverá ser feita no mesmo prazo e aplicativo disponibilizado para reclassificação.
§2º O acompanhamento desta solicitação deverá ser feito no endereço eletrônico www.ans.gov.br, dentro do perfil Operadoras/Registro, Manutenção e Cancelamento dos Produtos/Registrar um Produto/ Acompanhamento de Solicitações.

Seção II
Da Atualização do Cadastro de Temas do Instrumento Jurídico de Seus Produtos e da Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP

Art. 6º As operadoras terão o prazo de 13 (treze) meses contados de 3 de dezembro de 2009 para atualizar o cadastro de temas dos instrumentos jurídicos de seus produtos e a Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP dos planos coletivos por adesão, observado o disposto no artigo 8º desta Instrução Normativa.[1]
Art. 7º Para a atualização do artigo anterior, as operadoras deverão, preferencialmente, utilizar as cláusulas disponíveis no endereço eletrônico www.ans.gov.br, no perfil "Operadoras", classificadas por tema, modalidade de operadora, tipo de contratação, cobertura assistencial e abrangência geográfica do produto, com codificação especial – DIJ, e, alternativamente, poderão utilizar outros dispositivos elaborados de acordo com as orientações previstas no Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde estabelecido no Anexo II desta Instrução Normativa.
Parágrafo único. Os contratos vigentes poderão não refletir as informações do registro somente até o ajuste, dentro do prazo máximo de 13 (treze) meses, estabelecido no artigo 6º desta Instrução Normativa.
Art. 8º Os planos coletivos por adesão possuem a exigibilidade de envio da NTRP, à exceção daqueles exclusivamente odontológicos ou com formação de preço pós-estabelecido.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 9º Os registros dos produtos, cuja reclassificação não seja confirmada ou que não tiveram o cadastro de temas do instrumento jurídico, bem como na NTRP, quando couber, atualizados nas condições e prazos estabelecidos nesta Instrução Normativa serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no SIB da respectiva competência, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.
Art. 10. As operadoras que possuem registro de produtos não enviados para adequação à RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, alterada pelas RN Nº 100, de 3 de junho de 2005, Nº 144, de 2 de janeiro de 2007, e Nº 189, de 2 de abril de 2009, só poderão comercializá-los após a devida regularização e reclassificação, nos termos do disposto nesta Instrução Normativa.
Art. 11. Os Anexos desta Instrução Normativa estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico www.ans.gov.br.
Art. 12. Fica revogado o Anexo I da Instrução Normativa – IN/DIPRO Nº 15, de 14 de dezembro de 2007.
Art. 13. A Instrução Normativa – IN Nº 20 da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos DIPRO de 30 de setembro de 2009, passa a vigorar em 3 de novembro de 2009.
Art. 14. Esta Instrução Normativa entra em vigor em 3 de novembro de 2009.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O art. 6º e o parágrafo único do art. 7º estão alterados, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 29/2010.

ANEXO I[1]

	INFORMAÇÃO DO REGISTRO DE PRODUTO ATÉ A RN 195/2009		RECLASSIFICAÇÃO PELA RN 195/2009	
	Tipo de Contratação	**Vínculo do Beneficiário**	**Tipo de Contratação**	**Vínculo do Beneficiário**
1	Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo
2	Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício inativo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício inativo
3	Coletivo Empresarial ou Coletivo por adesão	Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
4	Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo
5	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo
6	Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
7	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo
8	Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
9	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício inativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício inativo
10	Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
11	Coletivo Empresarial	Sem marcação de vínculo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo
12	Coletivo por Adesão	Sem marcação de vínculo	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício

[1] O Anexo II desta normativa não está inserido, pois contempla teor idêntico àquele contido no Anexo I da IN-DIPRO nº 23.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 23, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa - RN Nº *85, de 7 de dezembro de 2004, e revoga as Instruções Normativas - Ins DIPRO nº 15, de 14 de dezembro de 2007, e a nº 17, de 17 de dezembro de 2008.*

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea "a" do inciso I do artigo 85, da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, bem como os artigos 3º; 13, §1º; 22; 23, inciso I; 33; 37 e o Anexo II da RN Nº 85, 7 de dezembro de 2004, alterada pelas Resoluções Normativas nº 100, 3 de junho de 2005, nº 124, de 30 de março de 2006, nº 144, de 2 de janeiro de 2007, nº 160, de 3 de julho de 2007, nº 175, de 22 de setembro de 2008, nº 189, de 2 de abril de 2009, e nº 196, de 14 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objeto estabelecer normas sobre os procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento dos registros dos produtos junto à ANS de que trata a Resolução Normativa - RN Nº 85, de 7 de dezembro de 2004, alterada pelas Resoluções Normativas nº 100, de 3 de junho de 2005, nº 124, de 30 de março de 2006, nº 144, de 2 de janeiro de 2007, nº 160, de 3 de julho de 2007, nº 175, de 22 de setembro de 2008, nº 189, de 2 de abril de 2009, e nº 196, de 14 de julho de 2009, e revogar as Instruções Normativas - Ins nº 15, de 14 de dezembro de 2007, e nº 17, de 17 de dezembro de 2008.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Solicitação do Registro de Produto

Art. 2º Para obtenção do registro de produto, é necessário o envio das informações previstas na RN Nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações, pelo aplicativo Registro de Planos de Saúde (RPS), na última versão disponível no endereço eletrônico www.ans.gov.br, e o encaminhamento dos seguintes documentos:

I - documento de solicitação de registro de produto, assinado e com identificação do representante da operadora junto à ANS, contendo o Nome Comercial do(s) produto(s) informado(s) no aplicativo;

II - comprovante de incorporação de informações emitido na "Verificação de Incorporação de Dados", no endereço eletrônico www.ans.gov.br; e

III - Revogado. [2]

Parágrafo único. A documentação incompleta ou em desacordo com os itens acima será devolvida para que a operadora regularize no prazo de até 30 (trinta) dias, após a comunicação, contados do recebimento.

Subseção I
Do Envio e Análise Eletrônicos das Informações

Art. 3º Para cadastrar as informações no aplicativo RPS, antes de solicitar eletronicamente o registro de produto, a operadora deverá:

I - recolher a Taxa de Saúde Suplementar por Registro de Produto (TRP), conforme definido na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e detalhado na RN Nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, e posteriores alterações; e

II - encaminhar a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), respeitando a exigência normativa específica.

---

[1] Publicada no DOU em 02/12/2009, seção 1, p. 80 e 81.

[2] O inciso III do art. 2º foi revogado, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.

Art. 4º Quanto à NTRP, deve-se observar:
I) o produto com formação de preço pós-estabelecido não está no escopo da Resolução - RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, tendo em vista que o valor da contraprestação pecuniária é estabelecido após realização das despesas com as coberturas contratadas;
II) os documentos da NTRP, previstos no anexo IV da Instrução Normativa - IN nº 8, da DIPRO, de 27 de dezembro de 2002, e a declaração de suficiência dos valores estabelecidos para as contraprestações pecuniárias deixam de ser encaminhados, devendo permanecer na operadora pelo período mínimo de cinco anos;
III) Nos planos Coletivos, não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários, dependente ou titular, que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, dentro de uma mesma faixa etária;
IV) Nos planos Individuais ou Familiares, quando ocorrer inclusão de um novo dependente, a contraprestação pecuniária deverá ser cobrada com base em uma das seguintes regras:
a) o valor da tabela de comercialização adotada na contratação do titular, cuja atualização poderá se dar com base nos reajustes autorizados pela ANS aplicados ao contrato; ou
b) o valor da contraprestação pecuniária do titular, ajustado de acordo com as variações entre as faixas etárias apresentadas no contrato, quando for o caso.
Art. 4º-A. Para cadastrar as informações no aplicativo RPS, a operadora deverá observar as disposições do Manual do Usuário do Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.[1]
Art. 5º No envio das informações referentes às características gerais, deverão ser observadas as definições constantes no anexo II da RN Nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações.
Parágrafo único. É vedado estabelecer nomes comerciais que possam confundir ou induzir o beneficiário a erro sobre as características do produto.
Art. 5º-A. Todos os prestadores da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) devem estar informados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da ANS.[2]
§ 1º A rede assistencial oferecida aos beneficiários deverá contemplar os serviços necessários ao atendimento de todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, observando o rol de procedimentos em vigor.
§ 2º As entidades com assistência hospitalar e os serviços de urgência e emergência necessitam de vinculação à solicitação de registro do plano de saúde de segmentação hospitalar ou referência.
§ 3º No plano de segmentação ambulatorial, apenas as entidades ou serviços de urgência e emergência deverão ser vinculados à solicitação de registro de produto.
Art. 6º Revogado.[3]
I – Revogado.
II – Revogado.
III – Revogado.
Parágrafo único. Revogado.
Art. 7º No envio pelo aplicativo RPS das informações referentes à rede assistencial, deverão ser informados todos os prestadores de serviços, da rede própria e/ou contratualizada, direta ou indiretamente, necessários ao atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei n° 9.656, de 1998. [4]
§1º Revogado.[5]
§2º Revogado.
§3º Revogado.
§4º Revogado.
§5º Revogado.
Art. 7º-A Revogado. [6]
Parágrafo único. Revogado.

[1] O art. 4º A foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[2] O art. 5º-A foi acrescido, conforme art. 20 da IN/DIPRO nº 46/2014.
[3] O caput do artigo 6º, seus incisos e § único foram revogados, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[4] O art. 7º foi alterado, conforme art. 21º da IN/DIPRO nº 46/2014.
[5] Os §§1º ao 5º do art. 7º foram revogados, conforme art. 15 da RN Nº 259/2011.
[6] O art. 7º-A, bem como seu parágrafo único foram revogados, conforme arts. 5º IN/DIPRO nº 45/2014.

Art. 8º (Revogado). [1]
Art. 9º (Revogado).
Art. 10. Quanto à estrutura e serviços assistenciais disponíveis nos prestadores de serviço, serão considerados os constantes do CNES, inclusive quanto à disponibilidade destes na área prevista para cobertura assistencial do produto. [2]
Art. 11. Revogado.[3]
Art. 12. Nas análises das solicitações de registro de produtos serão verificadas:
I - a compatibilidade com os normativos vigentes das características informadas do produto listadas a seguir:
a) segmentação assistencial, tipo de contratação, área geográfica de abrangência, área de atuação, padrão de acomodação em internação, acesso a livre escolha de prestadores, fator moderador, formação do preço, condições de vínculo do beneficiário em planos coletivos, serviços e coberturas adicionais; e
b) a disponibilidade de prestadores de serviços, nos termos dos artigos 5º-A e 7º da presente Instrução Normativa.[4]
II – Revogado.[5]
III - o envio de NTRP, quando requerido;
IV - o recolhimento da TRP.
§1º Após cientificar-se das pendências no endereço eletrônico www.ans.gov.br, em relatório específico disponível no "acompanhamento de solicitações", a operadora deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, promover o ajuste das condições de operação do produto quando imprecisas ou conflitantes com a legislação em vigor.
§2º Após o envio de novo arquivo e caso a segunda análise continue identificando não cumprimento dos requisitos, será gerado novo relatório de pendências, cujo conteúdo também estará disponível no "acompanhamento de solicitações", e a operadora terá a terceira e última oportunidade para cumpri-los no prazo de 30 dias.
Art. 13. Ocorrendo a inércia da operadora e vencidos os prazos dispostos no artigo 12 ou, após o terceiro envio as incorreções e/ou insuficiências não tenham sido sanadas, a solicitação será indeferida.

Subseção II
Da Concessão Do Registro De Produto

Art. 14. Após a incorporação de dados, e a análise das características informadas e da documentação encaminhada, serão verificados os seguintes requisitos para a concessão do registro de produto:
I - a existência de plano-referência na situação de Ativo para comercialização, no mesmo tipo de contratação, quando obrigatório o seu oferecimento; ou
II - a existência de plano com formação de preço pré-estabelecido na situação de Ativo para comercialização, no mesmo tipo de contratação, quando se tratar de solicitação de registro de um plano odontológico com formação de preço misto.
Art. 15. Verificada a conformidade de todos os aspectos será concedido o registro de produto, cujo número também estará disponível no endereço eletrônico www.ans.gov.br em "acompanhamento de solicitações".
Art. 16. A operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do Contrato/Regulamento contendo os temas de acordo com as orientações do Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde, Anexo I desta Instrução Normativa.[6]
Parágrafo único. A cópia do Contrato/Regulamento de que trata este artigo deverá ser individualizada para cada plano registrado, sendo vedada a entrega de documento que contenha informações pertinentes a vários planos distintos, contendo a opção do contratante por determinado plano e/ou opção por módulos de segmentação assistencial.[7]

---

[1] Os arts. 8º e 9º foram revogados conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 28/2010.
[2] O art. 10 passou a vigorar com nova redação, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 28/2010.
[3] O art. 11 foi revogado, conforme arts. 5º IN/DIPRO nº 45/2014.
[4] A alínea b do inciso I foi alterado, conforme art. 21º da IN/DIPRO nº 46/2014.
[5] O inciso II do art. 12 foi revogado, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[6] O *caput* do art. 16 foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO Nº 45/2014.
[7] O § único do art. 16 foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.

§1º Revogado.[1]
§2º Revogado.

Seção I-A
Do Padrão XML Para Troca de Informações Entre as Operadoras e o RPS

Art. 16-A. A troca de informações entre as operadoras e o RPS relativa aos procedimentos previstos na Instrução Normativa – IN da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO n° 43, de 2013, deverá ser realizada por meio eletrônico, no formato XML (Extensible Markup Language).[2]
Art. 16-B. Na operação de alienação de carteira será exigida, quando for o caso, cópia do comprovante de pagamento da respectiva Taxa de Alteração de Produto (TAP) por todo registro de produto alterado, ressalvadas as hipóteses previstas no § 4º, do artigo 20 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.[3]

Seção II[4]
Da Manutenção do Registro de Produtos

Subseção I
Das Alterações de Nome do Produto[5]

Art. 17. O pedido de alteração do nome do produto, somente poderá ser implementado nos produtos regularizados nos termos da Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, e nos registros concedidos após a aludida RN.[6]
Parágrafo único. O pedido deverá ser encaminhado por meio de documento assinado pelo representante legal da operadora, juntamente com cópia do comprovante de pagamento da respectiva Taxa por Alteração de Dados do Produto (TAP).[7]
§1º Revogado.[8]
§2º Revogado.
§3º Revogado.
§4º Revogado.

Subseção I - A
Das Alterações de Rede de Prestadores Hospitalares

Art. 17-A. A forma e os procedimentos para solicitação de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução serão disciplinados em Instrução Normativa específica da DIPRO.[9]

Subseção II
Da Suspensão e Reativação do Registro de Produtos

Art. 18. Revogado.[10]
§1º Revogado.
§2º Revogado.
§3º Revogado.
§4º Revogado.
Art. 19. Revogado.[11]

[1] Os §§ 1º e 2º do art. 16 foram revogados, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[2] A seção I-A e o art. 16-A foram acrescidos, conforme art. 15 da IN/DIPRO nº 43/2013.
[3] O art. 16-B foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[4] A seção II e subseção I decorrem do art. 4º da RN nº 324/2013.
[5] O nome da Subseção I da Seção II do Capítulo II foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[6] O caput do art. 17 foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO Nº 45/2014.
[7] O § único do art. 17 foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[8] Os §§1º ao 4º do art. 17 foram revogados, conforme art.5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[9] O art. 17-A foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[10] O art. 18 e seus parágrafos foram revogados, conforme art. 22 da IN/DIPRO nº 46.
[11] O art. 19 foi revogado, conforme art. 22º da IN/DIPRO nº 46/2014.

Art. 20. Revogado.[1]
Art. 20-A. A suspensão ou reativação de registro de produto a pedido da operadora, para fins de comercialização ou disponibilização, observará os seguintes critérios:[2]
I - deverá ser formulada por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência da data pretendida para a suspensão ou reativação, contados da data da protocolização na ANS, contendo a identificação e assinatura do seu representante legal junto à Agência, o número de seu registro, o número de registro do produto e a data a partir da qual este será suspenso ou reativado;
II - somente será suspenso o registro de produto considerado "ativo", nos termos do inciso I do art. 12 da RN nº 85, de 2004;
III - não será suspenso o último plano referência, caso haja algum plano ativo no mesmo tipo de contratação;
IV - não será suspenso o último plano odontológico com formação de preço pré-estabelecida, caso haja algum plano com formação de preço misto ativo no mesmo tipo de contratação; e
V - somente será reativado o registro de produto considerado "ativo com comercialização suspensa", nos termos do art. 12, inciso II, da RN nº 85, de 2004.
Parágrafo único. Será devolvido o pedido de suspensão ou reativação de registro de produto cuja documentação esteja em desacordo com o disposto no inciso I.

Seção III
Do Monitoramento do Registro e Operação de Planos

Art. 21. Todos os planos registrados serão objeto de monitoramento.
Parágrafo único. Revogado.[3]
§ 1º Irregularidade contratual, irregularidade na rede de prestadores, irregularidade assistencial ou irregularidade econômico-financeira na operação do produto, ensejará a suspensão temporária do registro do produto para fins de comercialização ou disponibilização, bem como de todos os registros de produtos que apresentarem a mesma irregularidade, até que seja corrigida, conforme disposto no artigo 21 da RN nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações.
§ 2º Nos casos de irregularidade contratual a suspensão ocorrerá nas seguintes hipóteses:
I - operação de produto de forma diversa da registrada;
II - operação de produto com nome do produto que possa confundir ou induzir o beneficiário a erro sobre as suas características; e
III - operação de produto que não se enquadre no disposto no artigo 1º, inciso I, da Lei 9656, de 1998.
§3º Excepcionalmente, quando se tratar de hipótese prevista no inciso I do § 2º, não ensejará alteração da situação do registro do produto, caso se constate que o nome do produto adotado na comercialização não esteja induzindo o beneficiário ao erro, devendo ser adotado o procedimento disposto no art. 22 desta instrução normativa.
§4º Nos casos em que a irregularidade for identificada no âmbito da apuração de denúncias pela Diretoria de Fiscalização, a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, mediante solicitação, efetuará a suspensão do registro do produto.
Art. 22. Aplicada a suspensão, a operadora será notificada para alteração de condições de operação do produto ou envio de esclarecimentos, no prazo de até 10 (dez) dias contados da data de sua notificação.[4]
§1º Revogado.[5]
§2º Revogado.
§3º Não se aplicam o caput e o §1º deste artigo nos casos em que a irregularidade for identificada no âmbito de apuração de denúncias pela Diretoria de Fiscalização, sendo observadas as disposições da Resolução Normativa nº 48, de 2003.[6]

[1] O art. 20 foi revogado, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[2] O art. 20-A foi acrescido, conforme art. 4º da RN nº 324/2013.
[3] O § único doart. 21 foi revogado, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[4] O art. 17 foi inteiramente alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO Nº 45/2014.
[5] Os §§ 1º e 2º do art. 22 foram revogados, conforme art 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[6] O § 3º do art. 22 foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.

Seção IV
Do Cancelamento do Registro de Produto

Art. 23. O pedido de cancelamento de registro de produtos deverá observar o disposto no artigo 23, da RN Nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações, bem como o previsto nesta IN, devendo ser encaminhado por meio de documento assinado pelo representante da operadora junto à ANS.
Art. 24. A análise de pedido de cancelamento de registro de produtos observará:
I – inexistência de beneficiário vinculado, verificada na base de dados atualizada do SIB; e
II – existência de pelo menos um registro de plano-referência para o tipo de contratação solicitada.
Parágrafo único. A situação descrita no inciso II deste artigo será desconsiderada, quando a análise for etapa precedente ao cancelamento da autorização de funcionamento e do registro da operadora.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Seção I
Dos Planos Registrados com Contratação Individual e Familiar

Art. 25. Revogado.[1]
Art. 26. Revogado.
Art. 27. Revogado.
Art. 28. Revogado.

Seção II
Das Solicitações de Registro Enviadas pelo Aplicativo RPS com base na IN nº 15

Art. 29. Revogado.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30. Submetem-se a essas IN todos os produtos registrados, independente da data de concessão.
Art. 31. Revogado.
Art. 32. Os documentos mencionados nesta Instrução deverão ser encaminhados, à ANS, localizada na Avenida Augusto Severo, nº 84, Glória, CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, dentro de envelope lacrado e identificado por meio de etiqueta, com as seguintes informações:
I – razão social da operadora;
II – registro da operadora na ANS; e
III – - identificação da solicitação.[2]
a) registro de produto;
b) alteração de nome do produto;
c) suspensão de registro de produto;
d) reativação de registro de produto; ou
e) cancelamento de registro de produto.[3]
Art. 33. As operadoras que não complementaram os dados de seus produtos com registro provisório, de acordo com as exigências da RN nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações, deverão fazê-lo através do aplicativo Adequação do Registro de Planos de Saúde - ARPS.[4]
Parágrafo único. O não-cumprimento do disposto neste artigo ensejará a suspensão da comercialização do produto ou o cancelamento do registro de produto.
Art. 33-A. As demais normas vigentes que determinarem a atualização do cadastro dos temas do instrumento jurídico dos planos às suas disposições passam a disciplinar apenas a alteração dos contratos celebrados entre as partes.[5]

[1] Os artigos 25, 26, 27, 28, 29 e 31 foram revogados, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[2] O inciso III do art. 32 foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[3] As alíneas "a", "b", "c", "d" e "e" do inciso III do art. 32 foram acrescidas, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[4] O *caput* do art. 33 foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[5] O art. 33-A foi acrescido, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 45/2015.

§1º Não estarão sujeitas à aprovação prévia da ANS as alterações dos contratos tratados no caput, sendo responsabilidade da operadora observar o cumprimento dos normativos vigentes.
§2º Os produtos cuja comercialização tenha sido suspensa exclusivamente por não adequação do cadastro do instrumento jurídico à RN nº 195, de 2009, ou por divergências no texto do instrumento jurídico cadastrado poderão ter sua situação de registro alterada para "Ativo", mediante solicitação da operadora, desde que declare que somente receberão beneficiários titulares os contratos que estiverem adequados à legislação em vigor.
§3º Os produtos cuja comercialização tenha sido suspensa por divergências no contrato obedecerão ao procedimento descrito no artigo 22 desta instrução normativa.
Art. 34. O Anexo I estará disponível na página da ANS para consulta e cópia no endereço eletrônico www.ans.gov.br. [1, 2]
Art. 35. Ficam revogadas as Instruções Normativas – DIPRO nº 15, de 14 de dezembro de 2007, e nº 17, de 17 de dezembro de 2008.
Art. 36. Esta Instrução Normativa entra em vigor em 1º de janeiro de 2010.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] O *caput* do art. 34 foi alterado, conforme art. 2º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[2] O Anexos II e II-A foram revogados, conforme art. 3º da IN/DIPRO nº 28/2010.

ANEXO I[1]

MANUAL DE ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.

No momento da contratação, a operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do contrato/regulamento, cuja página inicial deverá conter os itens abaixo, conforme o registrado na ANS:

a) qualificação da operadora:
- Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- Registro da operadora na ANS;
- Classificação da operadora na ANS (Observação: nas operadoras classificadas como autogestão, conforme art. 4º c/c artigo 12, II da RN 137/2006, deverá ser informado se há em sua composição a figura do mantenedor ou patrocinador);
- Endereço completo.

b) qualificação do contratante:
Os contratos individuais/familiares e coletivos por autogestões por RH deverão conter os seguintes dados da Pessoa Física contratante (ou seu Representante/Assistente no momento da comercialização):
- Nome;
- Filiação;
- Data de nascimento;
- Inscrição no Cadastro de Pessoa Física;
- Cédula de Identidade – Órgão Expedidor;
- Endereço.

Os contratos coletivos, inclusive por autogestões com patrocinador, deverão conter os dados da Pessoa Jurídica contratante no momento da comercialização:
- Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- CNPJ;
- Endereço.

c) nome comercial e nº de registro do plano na ANS;
d) tipo de contratação;
e) segmentação assistencial do plano de saúde;
f) área geográfica de abrangência do plano de saúde;
g) área de atuação do plano de saúde;
h) padrão de acomodação em internação (Observação: nos contratos/regulamentos de planos registrados com acomodação individual, que sofreram alteração de segmentação para Referência, será garantida a acomodação informada no momento da contratação);
i) formação do preço; e
j) serviços e coberturas adicionais.

Os contratos/regulamentos de planos privados de assistência à saúde devem estar de acordo com as suas características cadastradas na ANS. Não deverá haver no mesmo documento (contrato, regulamento ou outra forma) disponibilizado aos beneficiários referência a planos com diferentes registros.

Tema I – ATRIBUTOS DO CONTRATO

i. Indicar que se trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à Assistência Médica Hospitalar e/ou Odontológica (de acordo com a segmentação do produto) com a

[1] O Anexo 1 desta normativa contempla o teor idêntico ao Anexo II da IN/DIPRO nº 22.

cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

B) Indicar que se trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor. As operadoras classificadas na ANS como autogestão devem mencionar que se trata de um regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

C) Nos planos exclusivamente odontológicos, indicar que se trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º da Lei 9656/1998, visando à Assistência Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Tema II – CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

A) Indicar as condições de admissão dos beneficiários dependentes nos contratos de planos individuais/familiares.

B) Indicar as condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes nos contratos de planos coletivos, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante (artigo 16 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

C) Nos contratos de planos coletivos empresariais, definir a quem se destina o plano de acordo com o artigo 5º, *caput* e §1º, da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações, ou seja: pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, bem como o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consangüíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos e demais vínculos acima referidos (artigo 5º, §1º, VII, da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações).[1]

1. Nos contratos de planos coletivos empresariais oferecidos exclusivamente para ex-empregados demitidos e aposentados da pessoa jurídica contratante (artigo 17 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações), esclarecer que só poderão participar os exempregados e seu(s) dependente(s) que se encontrava(m) regularmente inscrito(s) no plano coletivo empresarial oferecido pelo empregador, quando da vigência do contrato de trabalho do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante, ressalvada a possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado no período de manutenção da condição de beneficiário (§2º do artigo 7º da RN 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
2. Nos contratos de planos coletivos empresariais, dispor que a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, §2º, da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações).

D) Nos contratos de planos coletivos por adesão, definir a quem se destina o plano de acordo com o artigo 9º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, como pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; e as caixas de assistência

[1] O item C do Tema II está alterado, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 39/2012.

e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizada pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395 de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985; e o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco cosanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro (artigo 9º, I a VII, e §1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

1. Nos contratos de planos coletivos por adesão, dispor que a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 9º, §2º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009), e que;
2. Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário (artigo 9º, §3º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

E) Nos contratos de planos de todas as segmentações, especificar a garantia de inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9.656/1998).

F) Nos contratos de planos hospitalares com cobertura obstétrica, garantir o direito de inscrição do recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência (artigo 12, III, "b", da Lei 9.656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20 da RN 162/2007).

G) As operadoras classificadas na ANS como autogestões deverão definir no regulamento para quem se destina o plano, de acordo com o artigo 2º da RN 137/2006, alterada pela RN 148/2007, como: empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda, participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais, e grupos familiares dos beneficiários, limitado ao terceiro grau de parentesco, cosanguíneo ou afim.

Tema III – COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

As coberturas listadas abaixo, previstas no artigo 12 da Lei 9.656/1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no Rol de Procedimentos Odontológicos são as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, por determinação da legislação vigente e sua regulamentação.

O oferecimento de cobertura mais ampla que a determinada nos normativos mencionados caracteriza Cobertura e/ou Serviço Adicional e deverá ser informada no cadastro do plano na ANS.

A) Nos contratos de planos de todas as segmentações, dispor sobre:

1. as coberturas assistenciais contratadas, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei 9.656/1998) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

B) Nos contratos de planos médico-hospitalares, dispor sobre:

1. a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009;
2. a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
3. o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

C) Os contratos de Planos que incluem a segmentação Ambulatorial devem dispor sobre:

1. a cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a" da Lei 9656/1998 e artigo 14, I, da RN 167/2008);
2. a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9.656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);
3. a cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, III, da RN 167/2008);
4. a cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, IV, da RN 167/2008);
5. a cobertura de procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, IV, da RN 167/2008);
6. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (artigo 14, VIII, da RN 167/2008):
- hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial;
- radioterapia ambulatorial;
- procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
- hemoterapia ambulatorial e;
- cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
7. o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (artigo 2º, I, "a", da Resolução CONSU 11/98);
8. a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas (artigo 2º, I, "b", da Resolução CONSU 11/1998).

D) Os contratos de Planos que incluem a segmentação hospitalar, inclusive o do plano referência, devem dispor sobre:

1. a cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica (artigo 12, II, alínea "a", c/c artigo 33, ambos da Lei 9.656/1998);
2. a cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, "b", da Lei 9.656/1998);
3. a cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, alínea "c", da Lei 9.656/1998);
4. a cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, alínea "d", da Lei 9.656/1998);

5. a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (artigo 12, II, alínea "e", da Lei 9.656/1998);
6. a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);
7. a cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente (artigo 12, II, alínea "f", da Lei 9.656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 – Estatuto do Idoso e artigo 15, I e II, da RN 167/2008);
8. a cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, III c/c artigo 17, §4º, ambos da RN 167/2008);
9. a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, IV c/c artigo 17, §§2º e 4º, ambos da RN 167/2008);
10. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar (artigo 5º, V, da RN 167/2008):
- hemodiálise e diálise peritonial – CAPD;
- quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;
- radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- hemoterapia;
- nutrição parenteral ou enteral;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
- radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
11. a cobertura de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei 10.223, de 2001);
12. a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
13. o custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 2º, II, "a", da Resolução CONSU 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);
14. o custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (artigo 2º, II, "b", da Resolução CONSU 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);
(Observação: o custeio, dentro dos prazos definidos acima, somente poderá ser parcial se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas – artigo 2º, II, "c", da Resolução CONSU 11/1998);
15. a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas (artigo 2º, II, parágrafo único, da Resolução CONSU 11/1998);

16. nos casos em que houver limitação para o custeio integral das internações psiquiátricas, na forma prevista no artigo 2º, inciso II, "a" e "b", da Resolução CONSU 11/1998, o contrato deve estipular a forma como se dará a cobertura da internação psiquiátrica nos dias excedentes. A regra do artigo 3º da Resolução CONSU 11/1998 dá a operadora a faculdade de compartilhar o custeio das internações psiquiátricas em que o(s) período(s) de internação ultrapasse(m) os prazos acima mencionados, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, com o beneficiário, mediante a co-participação. O contrato deve estipular ainda que esta co-participação não pode caracterizar o financiamento integral da internação e deve obedecer aos tetos estabelecidos nos normativos vigentes.
(Observação: a co-participação exclusiva nos dias excedentes em psiquiatria, quando houver, não é fator determinante de característica de plano de saúde, conforme item 10 do Anexo II da RN 100/2005, e não deve ser informada no cadastro do plano na ANS);
(Observação: deverá constar no contrato o campo para preenchimento dos percentuais ou valores de co-participação no momento da comercialização e que obedecerão aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época);
17. a cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 5º, I, c/c artigo 2º, II, "a" ambos da da Resolução CONSU 11/1998);
18. para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano (artigo 5º, II, da Resolução CONSU 11/1998);
19. a cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; (artigo 2º da Resolução CONSU 12/1998 e artigo 15, §3º, III, da RN 167/2008);
20. a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção (artigo 2º e parágrafos da Resolução CONSU 12/1998);
21. nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta permanência, deve esclarecer que esta se dará a critério do médico assistente.

E) Os contratos de Planos que incluem a segmentação hospitalar com obstetrícia, inclusive o do plano referência, devem dispor sobre:

1. toda a cobertura definida para os planos com segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério (artigo 16 da RN 167/2008);
2. a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato (artigo 16, I, da RN 167/2008);
3. a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20, da RN 162/2007). (artigo 16, II, da RN 167/2008)

F) Os contratos de Planos que incluem a segmentação odontológica devem dispor sobre:

1. todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei 9656/98, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia e no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, especificando nominalmente todos os procedimentos (artigo 17, *caput*, da RN 167/2008);

2. a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento (artigo 17, §3º da RN 167/2008).

G) os contratos de Planos Odontológicos em regime de pagamento misto, devem observar, além do disposto no item F, as seguintes regras:

1. discriminar os procedimentos em pré-pagamento estabelecidos no artigo 2º da RN 59/2003;
2. informar que a cobertura assistencial inclui todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, devendo obrigatoriamente ser submetidas a regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos:
a. consulta inicial;
b. curativo em caso de hemorragia bucal/labial;
c. curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
d. imobilização dentária temporária;
e. recimentação de peça protética;
f. tratamento de alveolite;
g. colagem de fragmentos;
h. incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
i. incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
j. reimplante de dente avulsionado;
k. orientação de higiene bucal;
l. evidenciação de placa bacteriana;
m. aplicação tópica de flúor.

(Observação: os procedimentos não incluídos acima poderão ser submetidos a regime de pós-pagamento, de acordo com as regras estabelecidas no tema XII – Reajuste)

Tema IV – EXCLUSÕES DE COBERTURA

A) Os contratos devem especificar as exclusões de cobertura à assistência contratada, com vistas ao disposto no artigo 10 da Lei 9.656/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de Procedimentos Odontológicos editados pela ANS, vigente à época do evento, dentro da segmentação assistencial à qual o plano pertence.

B) As exclusões deverão ser limitadas ao disposto no artigo 10 da Lei 9656/1998, no artigo 14, parágrafo único e no artigo 15, §3º, ambos da RN 167/2008.

C) Nos contratos de todas as segmentações, são permitidas as seguintes exclusões assistenciais, observadas as definições previstas no artigo 13 da RN 167/2008:

1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
2. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
3. inseminação artificial;
4. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
5. fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;
6. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
7. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
8. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
9. casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
10. tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

11. consultas domiciliares.

D) Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional (artigo 11 da RN 167/2008).

E) Não podem ser excluídas em nenhuma hipótese as seguintes coberturas:

1. doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;
2. procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independentemente da causa;
3. próteses importadas nacionalizadas (registradas na ANVISA) e utilizadas no ato cirúrgico;
4. cirurgias plásticas reparadoras (artigo 10, II, da Lei 9656/1998);
5. complicações de procedimentos não cobertos, de acordo com a Súmula Normativa nº 10/2006.

F) Nos contratos de planos exclusivamente ambulatorial, podem ser excluídos:

1. procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
2. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
3. quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;
4. procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
5. nutrição enteral ou parenteral;
6. embolizações e radiologia intervencionista;
7. internações hospitalares;
8. procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.

G) Nos contratos de planos exclusivamente hospitalares, podem ser excluídos:

1. consultas ambulatoriais e domiciliares;
2. atendimento pré-natal ambulatorial e hospitalar (quando não incluir a cobertura obstétrica);
3. transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
4. os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no rol de Procedimentos Odontológicos.

H) Nos contratos de planos exclusivamente odontológicos, podem ser excluídos:

1. os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
2. os procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
3. as despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório.

Tema V – DURAÇÃO DO CONTRATO

A) Nos contratos de planos individuais/familiares:

1. as operadoras deverão informar que o contrato vigorará por prazo indeterminado, bem como o início da vigência;
2. considerar-se-á, para início de vigência contratual em planos individuais, a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade

inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei 9.656/1998.
3. a operadora poderá estipular que o prazo de vigência mínima do contrato será de um ano (artigo 13, parágrafo único, da Lei 9656/1998), observando o disposto no Tema XVII, "a", deste manual, devendo, neste caso, indicar que a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

B) Nos contratos de planos coletivos:
1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (artigo 1º, I, da Lei 9656/1998);
2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, neste caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.
3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998. As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.
4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

Tema VI – PERÍODOS DE CARÊNCIA

A) Especificar nos contratos os períodos de carência, se houver, para consultas, exames, parto, internação, odontologia e demais serviços, conforme o inciso V, do artigo 12 da Lei 9656/1998.

B) Poderá haver previsão de campo, ao lado dos prazos máximos estipulados, para preenchimento de prazo inferior negociado entre as partes.

C) Nos contratos de planos coletivos empresariais, especificar que não haverá carências nos planos com 30 participantes ou mais (artigo 6º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.

D) Nos contratos de planos coletivos por adesão, especificar que não poderá ser exigido o cumprimento de carências se:

1. a inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato (artigo 11 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
2. o beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo (artigo 11, §1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

E) Nos contratos de planos coletivos, havendo carência, estabelecer que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

Tema VII – DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

A) Nos contratos de planos individuais/familiares e coletivos, a operadora deverá:

1. definir corretamente "doença e lesão preexistente", que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.
2. esclarecer que o beneficiário deverá preencher declaração de saúde, no momento da contratação, na forma dos artigos 5º, 10 e 11 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009.
3. especificar que, caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT). O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT (artigo 6º, §1º, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009).

4. especificar o conceito de Cobertura Parcial Temporária, como a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, 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 (artigo 2º, II, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
5. especificar as obrigações e direitos do usuário, esclarecendo que se for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a operadora deverá comunicar imediatamente ao consumidor e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme o disposto no artigo 15 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009.
6. deixar claro que não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo (artigo 16, §3º, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009).
7. esclarecer que é vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, §4º, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009).

B) Nos contratos de planos coletivos empresariais, a operadora deverá, ainda, especificar que não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante (artigo 7º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

Tema VIII – ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A) Os contratos de planos médico-hospitalares devem:

1. definir urgência e emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998;
2. dispor sobre o atendimento da situação da urgência e emergência de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

B) Nos contratos de planos ambulatoriais, a operadora deve dispor sobre a garantia de cobertura nas urgências e emergências por no mínimo doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, *caput* e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).

1. O contrato deve dispor, ainda, que haverá:
a. garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
b. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

C) Nos planos que incluem segmentação hospitalar, excetuado o plano referência, o contrato deve dispor sobre:

1. a garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 13/1998);
2. a garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º, da Resolução CONSU 13/1998);
3. a garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (artigo 4º, *caput* e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).

4. a garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998).
5. a garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.
6. o contrato deve dispor, ainda, que haverá:
a. garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
b. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação;
c. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

D) Nos planos da segmentação referência, o contrato deve dispor sobre:

1. a garantia de cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência (artigo 5º da Resolução CONSU 13/1998).
2. a garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU 13/1998).
3. o contrato deve dispor, ainda, que haverá:
a. garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente;
b. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

E) Nos planos com segmentação odontológica, o contrato deve dispor sobre:

1. a garantia de cobertura para atendimentos de urgência e emergência citando nominalmente todos os procedimentos de urgência e emergência e definições constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos.

F) Em planos de todas as segmentações, o contrato deve dispor sobre:

1. a garantia do reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano (artigo 12, VI, da Lei 9656/1988);
2. a garantia de que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (artigo 12, VI, da Lei 9656/1998);
3. a relação dos documentos necessários para o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega destes documentos;
4. o prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil 2002).

G) O contrato deve dispor sobre as seguintes regras no caso de remoção para uma unidade do SUS:

1. quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;
2. caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
3. na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade do SUS;
4. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 2, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Tema IX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Os contratos de planos de saúde que permitem acesso a livre escolha de prestadores devem:

A) Indicar as coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada, na forma do item 9 do Anexo II da RN Nº 100, de 2005, e conforme cadastrado na ANS.

B) Conter cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio consumidor possa calcular o quanto receberá de reembolso. Deste modo, a operadora deve trazer, conforme o caso, fórmula juntamente com as descrições de seus componentes tais como: múltiplo de reembolso, unidade de reembolso, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo, etc.

C) A tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso deve ser amplamente divulgada pela operadora, para tanto deverá indicar no contrato:

1. além do registro em cartório, pelo menos mais dois meios de divulgação da tabela, dentre os seguintes: acesso à tabela no sítio da operadora na Internet; disponibilização da tabela na sede da contratante em planos coletivos, para consulta dos beneficiários; disponibilização da tabela na sede da operadora, para consulta dos beneficiários;
2. os meios de esclarecimento desta tabela, por exemplo, através de atendimento por telefone ao consumidor;
3. para melhor compreensão dos beneficiários, a operadora poderá ainda estabelecer em seu contrato uma tabela exemplificativa com os valores dos procedimentos mais utilizados.

D) Dispor que o valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada (inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução CONSU 15/1998).

E) Estipular prazo de reembolso, observando o prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada (aplicação por analogia do inciso VI, artigo 12, da Lei 9656/1998).

F) Informar como ocorrem os reajustes dos valores de reembolso ou da unidade de serviço, conforme o tipo de tabela utilizado pela operadora.

G) É vedado o reembolso diferenciado por prestador, uma vez que tal prática restringe a livre escolha de prestadores.

Tema X – MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Os contratos de planos de saúde devem:

A) Definir as medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais, em especial a regulamentação da Lei 9656/98 e a Resolução CONSU 8/1998.

B) Especificar os mecanismos de Porta de Entrada e Direcionamento, se houver, indicando as regras para o acesso e atendimento.

C) Especificar, nos casos de co-participação e/ou franquia, na forma dos sub-itens 1 e 2, do item 10 do Anexo II da RN 100/2005, os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.

D) Estabelecer os valores prefixados de co-participação e/ou franquia nos casos de internação em planos hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias. Somente para internações em transtornos psiquiátricos a co-participação poderá ser especificada em percentual (art. 2º, VIII e art. 4º, VII da Resolução CONSU 8/1998).

E) Especificar as condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia.

F) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, informar a rotina para a sua obtenção e que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV, da Resolução CONSU 8/98).

G) Informar que os serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados (artigo 12, I, "b" e artigo 2º, VI, da Resolução CONSU 8/1998 – Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007).

H) Informar os meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).

I) Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei 9.656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

J) Indicar, quando houver, orientações diferenciadas para determinados procedimentos (ex.: transplantes de rim e córnea e transtornos psiquiátricos).

K) Garantir sobre a junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma do artigo 4º, V, da Resolução CONSU 8/1998.

Tema XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Os contratos de planos de saúde devem:
A) Definir a forma de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada conforme item 11 do Anexo II da RN 100/2005, alterado pela RN 144/2007, ou seja, pré ou pós-estabelecido na forma de custo operacional ou rateio. (Observação: apenas os planos odontológicos podem utilizar a forma de pagamento misto, na forma da RN 59/2003).

B) Definir as obrigações do contratante relativas ao pagamento da mensalidade.

C) Nos planos coletivos empresariais, o contrato deve dispor claramente que o pagamento total será feito pela pessoa jurídica contratante, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, as operadoras na modalidade de autogestão ou entes da administração pública direta ou indireta (artigo 8º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

D) Nos planos coletivos por adesão, o contrato deve:

1. dispor claramente que o pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, e as operadoras na modalidade de autogestão (artigo 13 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
2. conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica contratante, quando houver, bem como as condições e prazos de pagamento (artigo 15 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

E) Dispor sobre as conseqüências da mora, se houver, no pagamento da mensalidade, limitadas ao percentual de juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.

F) As operadoras classificadas como autogestões, deverão especificar o critério e a forma de participação financeira dos beneficiários que contribuem para o custeio do plano, bem como a participação financeira do patrocinador, conforme disposto no art. 14, I e II, da RN 137/2006, alterada pela RN 148/2007.

G) Nos planos coletivos em custo operacional, esclarecer como se dará o pagamento das despesas assistenciais (item 11 do Anexo II da RN nº 85, de 2004 e suas posteriores alterações). Especificar a participação da contratante e do beneficiário no custeio do plano, ressaltando que é vedado repasse integral aos beneficiários pelo contratante/estipulante (Súmula da Diretoria Colegiada da ANS nº 9, de 2005).[1]

H) Nos planos coletivos em rateio, esclarecer como se dará o pagamento das despesas assistenciais (item 11 do Anexo II da RN nº 85, de 2004 e suas posteriores alterações). Em caso de rateio parcial, especificar a participação da contratante e do beneficiário no custeio do plano, ressaltando que é vedado repasse integral aos beneficiários pelo contratante/estipulante (Súmula da Diretoria Colegiada da ANS nº 9, de 2005).

I) Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN nº 195, de 2009, e suas posteriores alterações).[2]

J) Nos contratos coletivos, deverá constar o critério adotado para a determinação do preço único e da participação do empregador, indicando-se a sua relação com o custo por faixa etária apresentado (artigo 15, §1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

Tema XII – REAJUSTE

A) Nos contratos de planos médico-hospitalares individuais e familiares, definir que o reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato (artigo 9º RN 171/2008) e observará o índice autorizado pela ANS (artigos 2º e 8º da RN 171/2008).

B) Nos contratos de planos médico-hospitalares coletivos com formação de preço pré-estabelecido, definir os critérios de reajuste das contraprestações e a comunicação deste reajuste à ANS (artigos 13, 14 e 15 da RN 171/2008).

C) Nos contratos de planos exclusivamente odontológicos individuais e familiares, eleger um índice de preços divulgado por instituição externa (artigo 2º da RN 172/2008).

D) Nos contratos de planos exclusivamente odontológicos coletivos com formação de preço pré-estabelecido, definir os critérios de reajuste das contraprestações e a comunicação deste reajuste à ANS (artigo 14, 15 e 16 da RN 172/2008).

[1] Os itens G e H do Tema XI estão alterados, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 39/2012.
[2] Os itens I e J do tema XI foram acrescidos, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 39/2012.

E) Os contratos de planos exclusivamente odontológicos em regime de pagamento misto, além de observar o disposto para os planos com formação de preço pré-estabelecido, deverão:

1. informar as condições e peridiocidade de atualização da tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento, a qual deverá integrar o contrato (artigo 3º da RN 59/2003).
2. deixar claro que as atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, estabelecido no instrumento inicial, e serão enviadas aos titulares do contrato (parágrafo único, artigo 3º, da RN 59/2003).

F) Nos planos com formação de preço pós-estabelecido, custo operacional e rateio, não há reajuste de mensalidade, não havendo obrigação de enviar comunicado à ANS, entretanto a operadora deverá esclarecer como se dará o reajuste da tabela praticada entre a operadora e prestadores de sua rede e com que periodicidade.

G) Os contratos de planos coletivos devem ainda prever as seguintes regras para aplicação de reajuste, considerado como qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato (artigo 19, §1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009):

1. nenhum contrato poderá receber reajuste em peridiocidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/1998 (artigo 19, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
2. deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato;
3. na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato;
4. nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2;
5. independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
6. não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 20 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

H) Os contratos coletivos empresariais celebrados pela pessoa jurídica contratante com a operadora, que disponibilizam plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados deverão:[1]
1- informar que, para fins de aplicação de reajuste, a carteira de planos privados de assistência à saúde de ex-empregados da operadora é tratada de forma unificada e que será adotado um único critério de apuração do percentual de reajuste para todos os contratos (artigo 21 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); e
2- informar que será divulgado no Portal Corporativo da operadora na Internet o percentual aplicado à carteira dos planos privados de assistência à saúde de ex-empregados em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação (parágrafo único do artigo 21 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).

I) Nos contratos de planos médico-hospitalares com formação de preço pré-estabelecido, coletivo por adesão ou coletivo empresarial que não seja destinado exclusivamente para ex-empregados, definir os critérios de reajuste das contraprestações e a comunicação deste reajuste a ANS (artigos 13, 14 e 15 da RN 171/2008), observadas as regras para agrupamento de planos dispostas na RN 309/2012:[2]

[1] O item H do Tema XII foi acrescido, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 39/2012.

[2] O item "I", e seus subitens 1, 2, 3 e 4 foram acrescidos, conforme art. 4º da IN/DIPRO nº 45/2014.

[1] O item C do Tema XIII está alterado, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 39.

1. dispor sobre o agrupamento de planos para fins de cálculo e aplicação do reajuste (artigo 3º da RN 309/2012);
2. na hipótese de haver sub agrupamento, separados pelo tipo de cobertura, indicar qual o sub agrupamento específico do contrato (artigo 5º da RN 309/2012);
3. indicar os critérios de apuração da quantidade de beneficiários em um contrato para avaliar se o contrato será agregado ao agrupamento (artigo 6º da RN 309/2012); e
4. estabelecer a forma de divulgação do percentual de reajuste (artigo 8º da RN 309/2012).

Tema XIII – FAIXAS ETÁRIAS

A) Nos contratos de planos de saúde devem ser dispostas as variações de faixas etárias, se houver, de acordo com as regras da RN 63/2003:
I – 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
II – 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
III – 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
IV – 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
V – 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
VI – 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
VII – 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
VIII – 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos;
IX – 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos;
X – 59 (cinqüenta e nove) anos ou mais.
Os contratos deverão conter as seguintes regras sobre os percentuais de variação de faixa etária:
- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

B) Nos produtos com registro provisório, o contrato deverá trazer dois dispositivos: um, com 07 (sete) faixas etárias, para os planos comercializados antes de 01/01/2004 (RN 63/2003) e, outro, com 10 (dez) faixas para os planos comercializados após 01/01/2004. A operadora poderá trazer apenas o campo previsão (____ %) para os percentuais a serem aplicados, porém deverá, obrigatoriamente, acrescentar ao texto as regras dos incisos I e II do artigo 3º da RN 63/2003, no caso das 10 faixas etárias e as regras da Resolução CONSU 06/1998, no caso das 7 faixas etárias, dispostas abaixo. Desta forma, poderá ser comercializado o mesmo produto com diferentes variações de percentuais, desde que haja o envio da NTRP correspondente.
I – 0 (zero) a 17 (dezessete) anos;
II – 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos;
III – 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos;
IV – 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos;
V – 50 (cinqüenta) a 59 (cinqüenta e nove) anos;
VI – 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos;
VII – 70 (setenta) anos de idade ou mais.
Os contratos deverão conter as seguintes regras sobre os percentuais de variação de faixa etária:
- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação do valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 anos de idade que participa de um plano ou seguro a mais de dez anos.

C) Nos contratos coletivos empresariais que disponibilizam plano privado de assistência à saúde para empregados e ex-empregados devem ser dispostas as variações de faixas etárias de acordo com o disposto no item A, ainda que seja aplicado reajuste por faixa etária somente para os ex-empregados da pessoa jurídica contratante (artigo 16, da RN nº 279, de 2011).[1]

[1] O item C do Tema XIII está alterado, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 39.

D) Os contratos deverão, ainda, dispor que a variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.[1]

Tema XIV – BÔNUS – DESCONTOS

Os contratos de plano de saúde que contemplem bônus e/ou descontos devem:

A) Expor os critérios para concessão de bônus e descontos, respeitando o disposto no artigo 3º da Resolução CONSU 6/1998 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 7/2005.
B) Observar que é vedada a concessão de bônus que estimulem a redução da utilização dos serviços (Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 7/2005).

C) Observar que é vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor (artigo 3º da Resolução CONSU 6/1998).

Tema XV – REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

A) Nos contratos de planos coletivos empresariais, dispor sobre os direitos de permanência no plano aos demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuírem para o plano, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, observada a RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, especificando:[2]

1. o prazo máximo de 30 dias para o exercício da opção assegurada contado a partir da comunicação inequívoca do empregador ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição debeneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 10 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
2. o período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 30, §1º, da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com o parágrafo único do artigo 4º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, e artigo 31, *caput* e §1º da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º, *caput* e parágrafo único da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
3. a garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (artigo 30, §2º, e artigo 31, §2º da Lei nº 9.656, de 1998), ressaltando que a manutenção da condição de beneficiário pode ser mantida individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar (artigo 7º, §1º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
4. a garantia da possibilidade de inclusão de novo cônjuge e filhos do ex-empregado no período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 7º, §2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
5. a garantia de permanência no plano aos dependentes em caso de morte do beneficiário titular demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998 (artigo 30, §3º e artigo 31, §2º da Lei nº 9.656, de 1998, e artigo 8º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
6. a garantia de que o benefício dos artigo 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas ou acordos coletivos de trabalho (artigo 30, §4º e artigo 31, §2º da Lei nº 9.656, de 1998, e artigo 9º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações);
7. que a condição prevista neste artigo deixará de existir nos seguintes casos:
a)decurso dos prazos de manutenção previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações;
b)admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego considerado 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 (artigo 30, §5º e artigo

[1] O item D do Tema XIII foi acrescido, conforme art. 2º da IN-DIPRO nº 39/2012.
[2] O Tema XV está integralmente alterado, conforme art. 1º da IN-DIPRO nº 39/2012.

31, §2º da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com inciso II e §1º do artigo 26 e inciso III do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações); ou
c)cancelamento, pelo empregador, do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados (inciso III do artigo 26 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
8. que ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e dela vem a se desligar é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 cumulado com artigo 5º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações; e
9. que o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em outra operadora (artigo 28 da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações, cumulado com artigo 7º-C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações).
B) Observar que não é considerada contribuição os valores relacionados aos dependentes e agregados e a co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica (artigo 30, §6º da Lei nº 9.656, de 1998, cumulado com inciso I do artigo 2º da RN nº 279, de 2011, e suas posteriores alterações).
C) Os contratos de planos coletivos empresariais, exceto para operadoras de autogestão e para as operadoras que não comercializam plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, devem garantir a disponibilidade de plano privado de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, no caso de cancelamento pelo empregador do benefício do plano privado de assistência à saúde concedido aos seus empregados ativos e ex-empregados.

Tema XVI – CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A) Nos planos individuais, especificar em que condições os beneficiários dependentes podem ser excluídos do plano de saúde em contrato que continua vigente.

1. Especificar que a extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes (artigo 3º, §1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
2. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não pagamento da mensalidade (inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei 9656/1998).

B) Nos planos coletivos, especificar em que condições a pessoa jurídica contratante pode solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do contrato que continua vigente (artigo 18, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

1. Informar que caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.
2. Informar que as operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:
a. fraude; ou
b. por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Tema XVII – RESCISÃO/SUSPENSÃO

A) Nos contratos de Planos individuais/familiares:

1. garantir, de acordo com o artigo 13, parágrafo único, II, da Lei 9656/1998, que a rescisão contratual unilateral por parte da Contratada somente pode ocorrer em duas hipóteses:
a. por fraude comprovada;

b. por 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 50º dia de inadimplência.
2. a operadora poderá estabelecer multa rescisória nos casos em que o beneficiário titular desejar rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de um ano, que não poderá ser superior a 10% (planos médico-hospitalares) ou 20% (planos odontológicos) das mensalidades restantes para se completar doze meses.

B) Nos contratos de Planos coletivos:

1. definir as condições para rescisão e suspensão (artigo 17 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
2. dispor que somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17, parágrafo único, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
3. especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato antes de completar o período de doze meses (artigo 17, parágrafo único, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
4. especificar a multa negociada entre as partes nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.

C) Num plano de empresa de autogestão, não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de beneficiário. As autogestões deverão informar que o encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com seu estatuto respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Tema XVIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

A) Dispor sobre todas as condições ou obrigações gerais referentes à relação operadora–consumidor**,** que não sejam pertinentes a nenhum dos temas específicos elencados neste Manual.
B) A operadora deverá dispor que fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

Tema XIX – ELEIÇÃO DE FORO

Especificar que o foro é o da Comarca do contratante.

ANEXO II[1]

ANEXO II-A

ANEXO III[2]

ANEXO IV[3]

ANEXO IV-A

ANEXO V[4]

[1] Os Anexos II e II-A foram revogados, conforme art. 3º da IN-DIPRO nº 28/2010.
[2] O Anexo III foi revogado, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.
[3] Os Anexos IV e IV-A foram revogados, conforme art. 22º da IN/DIPRO nº 46/2014.
[4] O Anexo V foi revogado, conforme art. 5º da IN/DIPRO nº 45/2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 24, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2009[1]

Dispõe sobre o cadastramento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças certificados por Instituições Acreditadoras.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – DIPRO/ANS, em vista do que dispõem o inciso X do artigo 38, a alínea "a" do inciso I do artigo 76 e a alínea "a" do inciso I do artigo 85, todos da Resolução Normativa – RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, e o artigo 5º da Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO nº 001, de 30 de dezembro de 2008, resolve:

Art. 1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão contratar Instituições Acreditadoras com o intuito de certificar seus programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que enviarem Formulário de Cadastramento de Informações (FC) de programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças previamente certificado por Instituições Acreditadoras terão o programa aprovado se:

I – apresentarem o Certificado de Acreditação referente ao programa a ser cadastrado; e

II – cumprirem as exigências estabelecidas no artigo 3º, inciso I, alíneas "a" e "b" da Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO nº 7, de 23 de novembro de 2012, que dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, ou de outra que venha a substitui-la.[2]

Art. 3º O Manual de Acreditação utilizado pela Instituição Acreditadora na certificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças deverá estar baseado no Manual de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da ANS, 3ª edição, revisada e atualizada, sob pena de não serem aprovados pela ANS.

Parágrafo único. Para fins de análise do disposto no *caput* deste artigo, o Manual de Acreditação utilizado pela Instituição Acreditadora na certificação dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, deverá ser previamente aprovado pela DIPRO/ANS.

Art. 4º Esta Instrução Normativa entra em vigor em 9 de dezembro de 2009.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

[1] Publicada no DOU em 09/12/2009, seção 1, p. 46.

[2] O inciso II do art. 2º está alterado, conforme art. 13 da IN-DIOPE e DIPRO nº 07/2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 31, DE 13 DE JUNHO DE 2011[1]

Regulamenta o art. 13 da Resolução Normativa - RN nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor sobre a Visita Técnica Assistencial nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIPRO/ANS, em vista do que dispõe o inciso XXII do artigo 38, a alínea "a" do inciso I do artigo 76 e a alínea "a" do inciso I do artigo 85, todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; e o art. 13 da Resolução Normativa - RN Nº 256, de 18 de maio de 2011, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN regulamenta o art. 13 da Resolução Normativa - RN Nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor sobre a Visita Técnica Assistencial nas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
Art. 2º A Visita Técnica Assistencial consiste em uma ação do monitoramento in loco, com o objetivo de averiguar informações relacionadas aos produtos, constatar anormalidades assistenciais e traçar um diagnóstico com vistas a analisar a atenção prestada aos beneficiários em conformidade com as exigências da ANS e com os produtos contratados.

CAPÍTULO II
DA VISITA TÉCNICA-ASSISTENCIAL

Seção I
Da elegibilidade para a Visita Técnica Assistencial

Art. 3º Estarão elegíveis para a Visita Técnica Assistencial as operadoras de planos privados de assistência à saúde que apresentarem indícios de anormalidades assistenciais relacionadas aos produtos, conforme estabelecido no art. 9º da Resolução Normativa – RN Nº 256, de 18 de maio de 2011.

Seção II
Da realização da Visita Técnica Assistencial

Art. 4º A Visita Técnica Assistencial será realizada pela DIPRO e poderá contar com a participação de representantes de outras diretorias da ANS.
Art. 5º A operadora de planos privados de saúde será oficiada da abertura de processo administrativo relativo à Visita Técnica Assistencial.
§1º O ofício conterá a data prevista para a realização da Visita Técnica Assistencial, assim como os documentos e as informações que deverão ser disponibilizadas pela operadora de planos privados de assistência à saúde.
§2º Na data prevista, a operadora de planos privados de assistência á saúde deverá disponibilizar todas as informações e documentos especificados no ofício, sem prejuízo de outros que se tornarem necessários durante a Visita Técnica Assistencial.
§3º Durante o curso da Visita Técnica Assistencial será necessária a presença do representante legal perante a ANS ou de seu designado, e outros interlocutores da operadora de planos privados de assistência à saúde qualificados para esclarecimentos relativos ao monitoramento da assistência à saúde.
Art. 6º Após a realização da Visita Técnica Assistencial, os órgãos nela presentes elaborarão notas técnicas referentes às suas respectivas áreas de atuação.

[1] Publicada no DOU em 14/06/2011, seção 1, p. 46.

Art. 7º As notas técnicas de que tratam o art. 6º serão objeto de consolidação pela DIPRO, por meio de uma Nota Técnica que conterá as análises nas respectivas dimensões técnicas e os encaminhamentos pertinentes.

Parágrafo único. A Nota Técnica Consolidada será encaminhada para a deliberação do Diretor da DIPRO ou da Diretoria Colegiada da ANS, quando se tratar de matéria de sua competência.

Art. 8º As Notas Técnicas, a Nota Técnica Consolidada e a decisão que a aprovou serão encaminhadas:

I - via ofício para a ciência da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

II - via memorando para a ciência das demais Diretorias da ANS.

§1º A operadora de planos privados de assistência à saúde terá o prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de recebimento do ofício, para se manifestar, quando couber.

§2º O descumprimento das determinações contidas na Nota Técnica Consolidada aprovada será um indicativo de instauração de Direção Técnica.

Art. 9º A Visita Técnica Assistencial poderá resultar nas seguintes providências:

I - arquivamento do processo;

II - encaminhamento à área técnica responsável para providências cabíveis acerca das anormalidades identificadas;

III - retorno para a averiguação da implementação das ações determinadas pela ANS; e

IV- indicação de medida administrativa a ser avaliada pela Gerência de Direção Técnica.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10. Regulamentação específica da DIPRO detalhará os procedimentos internos de trabalho relativos à Visita Técnica Assistencial.

Art. 11. Esta IN entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 33, DE 6 DE JULHO DE 2011[1]

Regulamenta a Resolução Normativa – RN nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor, em especial, sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIPRO/ANS, em vista do que dispõe os incisos I, XX e XXIV do artigo 38, a alínea "a" do inciso I do artigo 76 e a alínea "a" do inciso I do artigo 85, todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; e o art. 19 da RN Nº 256, de 18 de maio de 2011, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN regulamenta a Resolução Normativa - RN Nº 256, de 18 de maio de 2011, para dispor, em especial, sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica.
Art. 2º Para efeitos desta IN, considera-se anormalidade administrativa grave aquela que tenha impacto negativo na saúde dos beneficiários.
Art. 3º Da análise da resposta da operadora ao Ofício de Notificação de Anormalidades Administrativas Graves de que trata o art. 2º da RN 256, de 2011, o Diretor da DIPRO poderá adotar as seguintes medidas:
I - arquivar o processo, quando a operadora comprovar a ausência ou a solução das anormalidades administrativas graves apontadas no ofício;
II - analisar o Plano de Recuperação Assistencial quando apresentado pela operadora;
III - indicar a instauração do regime especial de Direção Técnica, quando a operadora não responder ao ofício;
IV - indicar a instauração do regime especial de Direção Técnica, quando as medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas sejam impertinentes ou não tenham sido comprovadas.

CAPÍTULO II
DO PLANO DE RECUPERAÇÃO ASSISTENCIAL

Seção I
Da Apresentação do Plano de Recuperação Assistencial

Art. 4º O Plano de Recuperação Assistencial, conforme estabelecido no art. 3º da RN Nº 256, de 2011 deverá contar com as seguintes características:
I - relação e coerência entre as ações propostas pela operadora e o tipo de anormalidades administrativas graves previamente detectadas;
II - exequibilidade das ações apresentadas para solucionar as anormalidades administrativas graves detectadas;
III - compatibilidade entre as ações, as metas e os prazos propostos, e a dimensão e a complexidade das anormalidades detectadas;
IV - cronograma para desenvolvimento das ações propostas;
V - previsão de prazo para regularização do envio do Sistema de Informações de Produtos - SIP, quando for o caso.
Parágrafo único. As ações relativas às anormalidades administrativas mais gravosas, apresentadas no Plano de Recuperação Assistencial, deverão se iniciar anteriormente às demais.

[1] Publicada no DOU em 07/07/2011, seção 1, p. 38 e 39.

Seção II
Do Acompanhamento, da Prorrogação e do Encerramento do Plano de Recuperação Assistencial

Art. 5º Para o acompanhamento do Plano de Recuperação Assistencial, a operadora deverá enviar relatórios mensais acompanhados de documentação comprobatória, relacionada à execução de cada ação proposta para solucionar as anormalidades administrativas graves detectadas.
Parágrafo único. O Diretor da DIPRO poderá solicitar outros documentos relativos ao acompanhamento do Plano de Recuperação Assistencial sempre que julgar necessário.
Art. 6º O prazo de vigência do Plano de Recuperação Assistencial será de até 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de postagem no correio ou do protocolo na ANS, o que ocorrer primeiro, podendo ser excepcionalmente prorrogado por igual período a pedido justificado da operadora.
Parágrafo único. A prorrogação deverá ser solicitada para a ANS depois de transcorridos, pelo menos, 2/3 (dois terços) do prazo de vigência do Plano de Recuperação Assistencial.
Art. 7º A solicitação de prorrogação do prazo do Plano de Recuperação Assistencial deverá conter:
I - a fundamentação;
II - as ações e as metas já cumpridas;
III - as propostas para o período a ser prorrogado; e
IV - a comprovação do cumprimento das ações e das metas relacionadas às anormalidades administrativas mais gravosas.
§1º O pedido de prorrogação do prazo do Plano de Recuperação Assistencial não poderá ter como justificativa o surgimento de novas anormalidades administrativas graves.
§2º Caberá ao Diretor da DIPRO decidir o pedido de prorrogação de prazo do Plano de Recuperação Assistencial, levando em consideração os requisitos do art. 7º, bem como:
I - a ausência de agravamento dos riscos à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários inicialmente detectados no curso do Plano de Recuperação Assistencial; e
II - a regularidade no envio do Sistema de Informação de Produtos - SIP.
§3º O surgimento de novas anormalidades administrativas graves no curso do Plano de Recuperação Assistencial poderá ensejar a indicação de instauração do regime especial de Direção Técnica.
Art. 8º A qualquer tempo a operadora poderá solicitar o encerramento do Plano de Recuperação Assistencial.
Art. 9º Encerrado o prazo para a conclusão do Plano de Recuperação Assistencial, ou por solicitação da operadora, caberá ao Diretor da DIPRO decidir acerca do seu cumprimento ou não.
§1º Ao final do período estipulado para a conclusão do Plano de Recuperação Assistencial, caso seja identificado agravamento das anormalidades administrativas graves previamente detectadas, o Plano de Recuperação Assistencial será considerado não cumprido.
§2º Ao final do acompanhamento, quando o Diretor da DIPRO concluir pelo cumprimento do Plano de Recuperação Assistencial, ocorrerá o arquivamento do processo.
§3º Quando o Diretor da DIPRO concluir pelo não cumprimento do Plano de Recuperação Assistencial, ter-se-á um indicativo para a instauração do regime especial de Direção Técnica.

CAPÍTULO III
DO PROGRAMA DE SANEAMENTO ASSISTENCIAL

Seção I
Da Apresentação do Programa de Saneamento Assistencial

Art. 10. As operadoras submetidas ao regime especial de Direção Técnica deverão apresentar um Programa de Saneamento Assistencial, que consistirá em estratégias formuladas com o objetivo de resolver as anormalidades administrativas graves que motivaram a instauração da Direção Técnica.
§1º Após a instauração do regime especial de Direção Técnica, as operadoras receberão a instrução diretiva do diretor técnico para apresentação do Programa de Saneamento Assistencial no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados do seu recebimento, prorrogáveis, excepcionalmente, por igual período.
§2º O Programa de Saneamento Assistencial deverá ser apresentado ao diretor técnico, que se manifestará e, posteriormente encaminhará para análise da Gerência de Direção Técnica, que poderá fazer considerações para o melhor desenvolvimento da Direção Técnica.
§3º O Programa de Saneamento Assistencial deverá conter:

I - as medidas para a solução das anormalidades administrativas graves que motivaram a instauração do regime especial de Direção Técnica e demais circunstâncias apontadas pelo diretor técnico;
II - os documentos que dêem suporte às ações descritas no programa, quando for o caso;
III - um cronograma das ações, com as projeções mensais; e
IV - as metas a serem alcançadas.
§4º O cronograma do Programa de Saneamento Assistencial deverá priorizar as medidas mais gravosas e urgentes, de forma hierarquizada, conforme orientação do diretor técnico.
§5º O diretor técnico, assim como a Gerência de Direção Técnica poderão requisitar o fornecimento de informações adicionais ao Programa de Saneamento Assistencial, sempre que entenderem necessário.

Seção II
Do Acompanhamento do Programa de Saneamento Assistencial

Art. 11. O acompanhamento do Programa de Saneamento Assistencial será realizado pelo diretor técnico em conjunto com a Gerência de Direção Técnica.
Parágrafo único. O desenvolvimento do Programa de Saneamento Assistencial deverá constar obrigatoriamente dos relatórios do diretor técnico, remetidos para a Gerência de Direção Técnica na forma do inciso I do art. 12 da RN Nº 256 de 2011.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. O acompanhamento assistencial após o encerramento do regime especial de Direção Técnica, previsto no parágrafo único do art. 10 da RN Nº 256 de 18 de maio de 2011, será realizado, a critério da DIPRO, pelos seguintes meios, dentre outros:
I - requerimento de informações à operadora em questão;
II - solicitação de informações às demais áreas da ANS;
III - acompanhamento por meio dos instrumentos de monitoramento assistencial da DIPRO; e
IV - acompanhamento in loco.
Art. 13. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 35, DE 19 DE AGOSTO DE 2011[1]

Regulamenta a RN Nº 264, de 19 de agosto de 2011, dispondo sobre o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos 38, inciso X, 76, inciso I, alínea "a", e 85, inciso I, alínea "a", todos da Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta o art. 6º da RN nº 264, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar, dispondo sobre as regras para o acompanhamento dos programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência a saúde deverão informar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS todos os programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos, inclusive para obtenção dos incentivos dispostos no art. 5º da RN Nº 264, de 2011 e acompanhamento dos referidos programas.

§1º As operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados à ANS por meio do Formulário de Inscrição - FI deverão registrar contabilmente as despesas com esses programas em conta específica, conforme o Plano de Contas Padrão da ANS.[2]

§2º Deverão ser reconhecidas como despesas a serem contabilizadas na conta de que trata o §1º apenas os desembolsos com despesas específicas utilizadas para o desenvolvimento do programa, conforme exemplificado no Anexo I da IN Conjunta DIPRO/DIOPE Nº 7, de 23 de novembro de 2012.

§3º O total de despesas com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças informados por meio de Formulário de Inscrição - FI não será utilizado para a redução da exigência mensal de margem de solvência.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Do Acompanhamento

Art. 3º Para fins do disposto nesta Instrução Normativa será utilizado aplicativo específico disponibilizado no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Subseção I
Da Inscrição do Programa

Art. 4º A Inscrição do programa consiste no preenchimento de formulário eletrônico que permite à operadora de planos privados de assistência à saúde informar os dados necessários para a identificação do programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.

---

[1] Publicada no DOU em 22/08/2011, seção 1, p. 44.

[2] Os §§1º, 2º e 3º do art. 2º foram acrescidos, conforme art. 14 da IN Conjunta nº 7.

Art. 5º A aprovação dos programas pela ANS será necessária para as operadoras de planos de saúde que desejarem dispor do incentivo previsto no inciso I do artigo 5º da RN 264, de 2011, na forma da IN Conjunta DIOPE/DIPRO nº 2[1], de 7 de julho de 2010, e suas alterações.

Subseção II
Do Acompanhamento

Art. 6º Para o acompanhamento do programa a operadora deverá preencher formulário eletrônico que permite à operadora de planos privados de assistência à saúde confirmar, junto à ANS, a continuidade e vigência do programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças já inscrito.
§1º O período para o preenchimento do formulário de acompanhamento será de 01 de janeiro até 31 de março de cada ano.
§2º O não atendimento ao disposto no §1º ensejará na exclusão do programa junto ao sistema de acompanhamento, inclusive com perda dos benefícios previstos no art. 5º da RN Nº 264, de 2011.
§3º A operadora poderá, a qualquer tempo, solicitar a exclusão do programa junto ao sistema de acompanhamento da ANS.
Art. 7º Esta IN entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

[1] Onde se lê: "IN Conjunta DIOPE/DIPRO nº 2", leia-se "IN Conjunta DIOPE/DIPRO nº 7", visto que aquela está revogada.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 36, DE 19 DE AGOSTO DE 2011[1]

Dispõe sobre os procedimentos para cumprimento da Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem os artigos 38, inciso X, 76, inciso I, alínea "a", e 85, inciso I, alínea "a", todos da Resolução Normativa n° 197, de 16 de julho de 2009, resolve.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Aplicam-se as disposições desta Instrução Normativa - IN, que regulamenta a Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011, que dispõe sobre a concessão de bonificação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação dos beneficiários de planos privados de assistência a saúde em programas voltados para a População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.

CAPÍTULO II
DAS PREVISÕES CONTRATUAIS

Art. 2º Para fins do disposto no art. 10 da RN Nº 265, de 2011, a alteração dos produtos já registrados nesta ANS deverá observar o estabelecido no art. 17 e seus parágrafos, da IN nº 23 da DIPRO, de 1º de dezembro de 2009, com redação conferida pela IN nº 28 da DIPRO, de 29 de julho de 2010, e suas futuras alterações.

Parágrafo único. A partir da data de protocolo na ANS da solicitação de alteração do produto prevista no *caput* as operadoras estarão autorizadas a ofertar a bonificação.

Art. 3º Para aplicação do bônus, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem fornecer:

I - ao beneficiário ou à pessoa jurídica contratante, o aditivo contratual com a previsão de bônus para programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida; e

II - ao beneficiário, as condições gerais da adesão com a descrição do programa, conforme art. 5º desta IN, no momento de sua adesão.[2]

Art. 4º Para aplicação do prêmio, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem fornecer ao beneficiário o contrato acessório com a descrição do programa, conforme art. 6º desta IN, no momento de sua adesão.

Art. 5º Os instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras e seus beneficiários quando da adesão aos programas de envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e para população alvo específica e para gerenciamento de crônicos deverão apresentar informações mínimas de acordo com os modelos que compõe o Anexo desta IN.

Parágrafo único. O Anexo desta Instrução Normativa está disponível na página da ANS pela internet, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Art. 6º Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

[1] Publicada no DOU em 22/08/2011, seção 1, p. 44.

[2] Retificação publicada no DOU em 16/09/2011, Seção 1, p. 68.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 37, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011[1]

Regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do §1º do artigo 1º da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 38, incisos I, VIII e IX, 76, inciso I, alínea "a", e 85, inciso I, alínea "a", todos da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009; e o §2º do artigo 1º da RN Nº 259, de 2011, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do §1º do artigo 1º da Resolução Normativa - RN Nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.
Art. 2º Ficam instituídas as Regiões de Saúde, conforme definidas no inciso V do §1º do artigo 1º da RN Nº 259, de 2011, constituídas pelos Municípios respectivamente indicados no Anexo desta IN.
§1º As Regiões de Saúde dispostas nesta IN coincidem com as Regionais de Saúde instituídas por cada Unidade Federativa, no âmbito da aplicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
§2º A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS poderá alterar a constituição e instituir novas Regiões de Saúde, sem vinculação com as Regionais de Saúde mencionadas no parágrafo anterior, desde que os Municípios que se agruparem numa Região de Saúde atendam aos critérios definidos na RN Nº 259, de 2011.
Art. 3º O Anexo desta IN estará disponível no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br).
Art. 4º Esta IN entra em vigor na data de sua publicação.

MAURICIO CESCHIN

[1] Publicada no DOU em 07/12/2011, seção 1, p. 42.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 41, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2012[1]

Dispõe sobre o detalhamento da Resolução Normativa nº 254, de 5 de maio de 2011 que dispõe sobre a adaptação e migração dos contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso XVII do art. 38, a alínea "a" do inciso I do art. 76 e a alínea "a" do inciso I do art. 85, todos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objeto o detalhamento da Resolução Normativa - RN nº 254, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre a adaptação e migração dos contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Da Adaptação

Art. 2º Na adaptação contratual, as características originais dos produtos, que sejam compatíveis com a legislação em vigor, deverão ser mantidas, não sendo possível a inclusão ou exclusão de co-participações e/ou franquias.

Art. 3º A vigência do contrato adaptado inicia-se no ato da assinatura do aditivo de adaptação.

§1º Nos contratos individuais/familiares, a critério exclusivo do beneficiário, o contrato adaptado poderá vigorar no início do período referente ao vencimento da próxima contraprestação pecuniária.

§2º Nos contratos coletivos, a critério das partes, o contrato adaptado poderá vigorar na data acordada entre as partes.

Art. 4º O percentual de ajuste da adaptação deverá incidir sobre a contraprestação pecuniária vigente no momento da adaptação.

§1º Excetuada a hipótese do §1º do art.3º, o valor da contraprestação pecuniária no primeiro mês de vigência do contrato adaptado deverá ser calculado de forma pró-rata, considerando-se o número de dias restantes para o início do período de vencimento da próxima contraprestação pecuniária.

§2º Não caberá a aplicação do percentual de ajuste de adaptação em casos de planos cuja modalidade de financiamento é pós-estabelecida.

Art. 5º A operadora de planos privados de assistência à saúde poderá estabelecer tabela de reembolso para as novas coberturas decorrentes da adaptação contratual, independentemente da tabela adotada para os procedimentos já cobertos.

Parágrafo único. A tabela de reembolso prevista no contrato de origem, referente aos procedimentos já cobertos, não poderá ser alterada, sendo permitida apenas a atualização de seus valores de acordo com os reajustes previstos contratualmente.

Art. 6º Na adaptação de contrato coletivo, o percentual de ajuste deverá ser único por plano e justificado através de Nota Técnica Atuarial de Adaptação, não sendo possível ultrapassar o limite de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento), em atendimento ao disposto nos §§1º e 2º do art. 8º da Resolução Normativa - RN nº 254, de 2011.

§1º Na hipótese prevista no *caput*, o percentual de ajuste deverá ser aplicado uniformemente à contraprestação pecuniária de cada beneficiário vinculado ao contrato a ser adaptado, dentro de um mesmo plano.

[1] Publicado no DOU em 06/12/2012, seção 1 p. 66.

§2º No instrumento jurídico utilizado para adaptação, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá incluir cláusula segundo a qual a pessoa jurídica contratante ou a Administradora de Benefícios se compromete a repassar o ajuste da adaptação em percentual igual para todos os beneficiários vinculados ao contrato coletivo.

Art. 7º No instrumento jurídico utilizado para adaptação de contrato coletivo, deverá ser apresentada uma tabela de preços por faixa etária exclusiva para o ingresso de novos beneficiários, titulares ou dependentes.[1]

Parágrafo único. Os percentuais de variação da tabela de preços de que trata o *caput* devem obedecer às regras estabelecidas na Resolução Normativa - RN nº 63, de 22 de dezembro de 2003, ou em norma que a substitua e manter perfeita relação com os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado.

Seção II
Da Migração

Art. 8º Quando o exercício da migração de contrato coletivo ocorrer para um plano da mesma segmentação assistencial do plano de origem, não se aplica o disposto no art. 15 da RN nº 254, de 2011, vedada nova contagem de carências.

Seção III
Da Repactuação e Cláusula de Remissão

Art. 9º Caso ocorra diluição da aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, prevista no art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, as eventuais parcelas vincendas, referentes a faixa
etária alcançada durante a vigência do contrato antigo, poderão continuar a serem cobradas após a adaptação do contrato, desde que não haja alteração no seu percentual original.

Parágrafo único. No instrumento jurídico utilizado para adaptação, deverá haver cláusula específica dispondo sobre a cobrança de que trata o *caput*.

Art. 10. Nos contratos individuais/familiares e coletivos que possuam cláusula de remissão, no ato da adaptação, esta passará a abranger todas as coberturas do contrato adaptado.

§1º Nos casos em que os dependentes integrantes de contratos individuais/familiares estiverem em gozo do período de remissão, a adaptação poderá ser realizada:

I - após o término do período de remissão; ou

II - durante o período de remissão que será imediatamente encerrada, devendo o termo de renúncia, constar expressamente do instrumento jurídico utilizado para adaptação.

§2º Na hipótese do parágrafo anterior, para cálculo da contraprestação pecuniária, o percentual de ajuste da adaptação incidirá sobre o valor da mensalidade que estaria sendo paga pelos respectivos dependentes caso não houvesse cláusula de remissão.

§3º Os §§1º e 2º não se aplicam aos contratos coletivos.

Seção IV
Dos Prazos de Carências Remanescentes

Art. 11. O beneficiário que estiver em cumprimento de carência, deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado ou no novo contrato, até o final do prazo estipulado no contrato de origem,
respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9.656, de 1998, e quando for o caso, a previsão dos artigos 6º e 11, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, a contar da data de ingresso do beneficiário no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram cobertos pelo contrato de origem, quanto para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação ou da migração.

CAPÍTULO III
DA DISPOSIÇÃO FINAL

Art. 12. Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

[1] Retificação publicada no DOU em 19/12/2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 42 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2013[1]

Dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde; regulamenta o artigo 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e revoga a Instrução Normativa - IN nº 38, de 24 de maio de 2012, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o artigo 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e a alínea "a" do inciso I do art. 85 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Art. 1ºA presente Instrução Normativa - IN dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde; regulamenta o artigo 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011; e revoga a IN nº 38, de 24 de maio de 2012, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§1º O acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento tem o objetivo de avaliar a garantia de acesso dos beneficiários às coberturas previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos seus regulamentos e nos contratos; bem como avaliar o cumprimento das regras dispostas na RN nº 259, de 2011, e detectar desconformidades que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

§2º O acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento será processado e analisado pela Gerência de Monitoramento da Operação dos Produtos - GMOP, da Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, desta Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º Para fins desta IN considera-se:

I - período de avaliação: cada trimestre objeto das avaliações;

II - consolidação de avaliações: a comparação feita entre um determinado período de avaliação e o período imediatamente anterior, referentes a cada operadora; e

III - garantia de atendimento: a garantia de acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, na forma da RN nº 259, de 2011.

CAPÍTULO II
DO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

Seção I
Da Metodologia

Subseção I
Da Periodicidade

Art. 3º O acompanhamento e a avaliação da garantia de atendimento serão realizados continuamente e os resultados apurados trimestralmente.

[1] Publicado no DOU em 27/02/2013, seção 1 p. 109.

Parágrafo único. São considerados os seguintes períodos de avaliação:
I - 19 de dezembro a 18 de março;
II - 19 de março a 18 de junho;
III - 19 de junho a 18 de setembro; e
IV - 19 de setembro a 18 de dezembro.

Seção II
Das Variáveis:

Art. 4º Serão objeto de avaliação as demandas de reclamações de beneficiários motivadas pela não garantia de acesso e cobertura necessários e obrigatórios por força da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e de seus regulamentos ou por força de contrato, referentes a prazos máximos de atendimento ou aos demais temas assistenciais, processadas no âmbito da Notificação de Investigação Preliminar - NIP nas seguintes situações:
I - demandas de reclamações referentes a não garantia do prazo de atendimento, desde que:
a) o consumidor não tenha obtido a garantia de acesso e cobertura; ou
b) o consumidor tenha obtido a garantia de acesso e cobertura, mas fora do prazo máximo normativo.
II - demandas de reclamações referentes a não garantia de atendimento que não digam respeito ao prazo para atendimento, desde que o consumidor não tenha obtido a garantia de acesso e cobertura.
§1ºA ANS utilizará como base para avaliação as demandas de reclamações originadas pelo procedimento da NIP, instituída por regulamentação específica, referentes a todos os temas assistenciais.
§2ºA ANS poderá definir outro meio oficial de denúncia para também ser utilizado como base para o acompanhamento e avaliação das reclamações de beneficiários, motivadas pela não garantia de atendimento.
Art. 5º O cálculo do indicador da operadora dar-se-á na forma dos critérios e da fórmula descritos na Ficha Técnica constante do Anexo desta IN.
Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:
I - as demandas de reclamações mencionadas no artigo 4º desta IN, geradas no período de avaliação e classificadas como Reparação Voluntária e Eficaz - RVE ou encaminhadas para abertura de processo administrativo para apuração de infração; e
II - o número médio de beneficiários no período de avaliação, de acordo com as mais recentes informações disponíveis, prestadas pela operadora de plano de assistência à saúde ao Sistema de Informações de Beneficiários - SIB da ANS.

Subseção III
Da Elegibilidade

Art. 7º Estão sujeitas ao acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento as operadoras de planos de assistência à saúde que tenham registro de demandas de reclamações na forma mencionada no artigo 4º desta IN.
Parágrafo único. As operadoras de planos de assistência à saúde classificadas na modalidade de administradora de benefícios não serão submetidas ao acompanhamento e avaliação de que trata esta IN.

Subseção IV
Do Tipo de Atenção Prestada pela Operadora

Art. 8º Para fins desta IN, os tipos de atenção dividem-se em:
I - médico-hospitalar: os oferecidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde que operam planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; ou
II - exclusivamente odontológico: os oferecidos por operadoras de planos de assistência à saúde que operam exclusivamente planos odontológicos.

Subseção V
Da Classificação das Operadoras em Intervalos

Art. 9º As operadoras de planos de assistência à saúde serão avaliadas em cada período de avaliação de acordo com o número médio de beneficiários utilizado no cálculo de indicador, na forma disposta no inciso II do artigo 6º desta IN, sendo classificadas da seguinte forma:
I - Operadoras com tipo de atenção prestada médico-hospitalar:
a) primeiro intervalo: operadoras com número médio de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil);
b) segundo intervalo: operadoras com número médio entre 20.001 (vinte mil e um) e 100.000 (cem mil) beneficiários;
c) terceiro intervalo: operadoras com número médio entre 100.001 (cem mil e um) e 500.000 (quinhentos mil) beneficiários;
d) quarto intervalo: operadoras com número médio entre 500.001 (quinhentos mil e um) e 1.000.000 (um milhão) de beneficiários; ou e) quinto intervalo: operadoras com número médio acima de 1.000.001 (um milhão e um) beneficiários.
II - Operadoras com tipo de atenção prestada exclusivamente odontológica:
a) primeiro intervalo: operadoras com número médio de beneficiários inferior a 20.000 (vinte mil);
b) segundo intervalo: operadoras com número médio entre 20.001 (vinte mil e um) e 100.000 (cem mil) beneficiários;
c) terceiro intervalo: operadoras com número médio entre 100.001 (cem mil e um) e 500.000 (quinhentos mil) beneficiários; ou
d) quarto intervalo: operadoras com número médio acima de 500.001 (quinhentos mil e um) beneficiários.
Parágrafo único. No caso de apenas uma operadora se enquadrar num dos intervalos dispostos neste artigo, a mesma será classificada no intervalo imediatamente anterior.

Subseção VI
Do Posicionamento da Operadora

Art. 10. O indicador de cada operadora de plano de assistência à saúde (IO) será calculado considerando as variáveis previstas na Subseção II, da Seção I, do Capítulo II desta IN.
Parágrafo único. Calculados os IO's de todas as operadoras de planos de assistência à saúde, será calculada a mediana de cada intervalo de beneficiários e tipo de atenção prestada.
Art. 11. De acordo com o resultado do IO no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, apurado no período de avaliação, as operadoras de plano de assistência à saúde serão posicionadas em relação à mediana, conforme segue:
I - faixa 0: resultado abaixo da mediana;
II - faixa 1: resultado maior ou igual a mediana e menor ou igual a 25% (vinte e cinco por cento) acima da mediana;
III - faixa 2: resultado maior que 25% (vinte e cinco por cento) e menor ou igual a 50% (cinquenta por cento) acima da mediana;
IV - faixa 3: resultado maior que 50% (cinquenta por cento) e menor ou igual a 75% (setenta e cinco por cento) acima da mediana; ou
V - faixa 4: resultado maior que 75% (setenta e cinco por cento) acima da mediana.
Art. 12. Não será utilizado qualquer critério de arredondamento do resultado do indicador.
Art. 13. A operadora de plano de assistência à saúde que não tenha enviado os dados cadastrais dos beneficiários ao SIB no período de avaliação e no anterior será posicionada na faixa 4, para fins de acompanhamento e avaliação em cada período de avaliação e de consolidação de avaliações.

Subseção VII
Da Pontuação da Operadora

Art. 14. A partir do posicionamento da operadora de plano de assistência à saúde nos termos dos incisos I a V do art. 11 desta IN, para cada período de avaliação será atribuída à operadora a seguinte pontuação:
I - faixa 0: 0 (zero);
II - faixa 1: 1 (um) ponto;

III - faixa 2: 2 (dois) pontos;
IV - faixa 3: 3 (três) pontos; ou
V - faixa 4: 4 (quatro) pontos.

Subseção VIII
Da Notificação Quanto aos Resultados do Período de Avaliação

Art. 15. A cada período de avaliação, a operadora de plano de assistência à saúde deverá acessar seu próprio resultado, que será disponibilizado no endereço eletrônico da ANS na Internet, no espaço da operadora, acessado através de sua senha, no qual constarão os seguintes documentos:
I - o ofício de notificação, com a informação da avaliação da operadora conforme esta IN;
II - a relação das reclamações consideradas no respectivo período de avaliação; e
III - o resultado da mediana considerando o intervalo do número médio de beneficiários no período de avaliação e o tipo de atenção prestada.
Parágrafo único. Para as operadoras de planos de assistência à saúde que não tiverem registro de demandas de reclamações de beneficiários, na forma do artigo 4º desta IN, no período de avaliação estará disponibilizado apenas um comunicado.

Seção II
Da Consolidação de Avaliações

Art. 16. A consolidação de avaliações tem por fim mensurar o risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, caracterizado pelo descumprimento reiterado das regras relacionadas à garantia de acesso e cobertura na forma disposta na RN nº 259, de 2011, para fins desta IN.
§1º A partir do segundo período de avaliação, os resultados de cada período serão comparados aos resultados do período anterior para fins de consolidação de avaliações.
§2º A consolidação de avaliações será realizada através da soma das pontuações de cada operadora de plano de assistência à saúde, obtidas em dois períodos de avaliação subsequentes.
§3º Poderá ser considerada, para os fins desta IN, em risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários a operadora de plano de assistência à saúde que obtiver 6 (seis) ou mais pontos na consolidação de avaliações, sendo a pontuação do segundo período igual ou maior que a pontuação do período anterior.
§4º A operadora de plano de assistência à saúde que se mantiver na mesma faixa de classificação durante quatro períodos sucessivos de avaliação poderá sofrer qualquer das medidas administrativas previstas no artigo 12-A da RN nº 259, de 2011.

Subseção I
Das Medidas Administrativas Decorrentes da Consolidação de Avaliações

Art. 17. Constatado na consolidação de avaliações o descumprimento reiterado das regras dispostas na RN nº 259, de 2011, constituindo-se em risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá se valer de critérios decorrentes da sua discricionariedade técnica para adotar quaisquer das medidas administrativas previstas no artigo 12-A da referida RN:
I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos de assistência à saúde;
II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011, com a possibilidade de determinação do afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no §2º do art. 24, da Lei nº 9.656, de 1998.
§1ºAs medidas administrativas previstas no *caput* deste artigo são independentes entre si e podem ocorrer de forma simultânea.
§2ºA adoção das medidas administrativas mencionadas no *caput*, ocorrerá sem prejuízo da aplicação das penalidades estabelecidas na legislação e na regulamentação aplicáveis para cada caso, conforme processo administrativo sancionador instaurado para este fim.

Subseção II
Da Suspensão da Comercialização de Produtos

Art. 18. No caso de suspensão da comercialização de parte ou da totalidade dos produtos da operadora de plano de assistência à saúde, em decorrência do disposto nesta IN, esta será notificada da adoção da medida administrativa e da instauração de processo administrativo para o acompanhamento da avaliação da garantia de atendimento.[1]

§1º A operadora ficará impedida de incluir qualquer novo beneficiário nos respectivos produtos, salvo novo cônjuge e filhos de beneficiários, bem como ex-empregados demitidos ou aposentados, na forma da RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, sob pena da adoção das demais medidas administrativas previstas no artigo 12-A da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, sem prejuízo da aplicação da penalidade cabível.

§2º Terão a comercialização suspensa, em decorrência desta IN, os produtos que, dentro do último período de avaliação, tenham sido objeto de até 80% (oitenta por cento) das reclamações da operadora classificadas na forma do inciso I do art. 6º desta IN (curva ABC).

§3º Para as operadoras de planos de assistência à saúde que, embora tenham somado oito pontos na consolidação dos períodos, na forma do §3º do art. 16, mas tenham apresentado Indicador de Operadora - IO, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) inferior em relação ao seu próprio IO do período imediatamente anterior, o percentual previsto no parágrafo anterior passa a ser de até 50% (cinquenta por cento).

§4º Para fins de delimitação do quantitativo de produtos dentro dos percentuais previstos nos §§2º e 3º deste artigo, quando houver produtos com a mesma quantidade de reclamações classificadas na forma do inciso I, do art. 6º desta IN, tais produtos serão ordenados em ordem crescente de número de beneficiários, sendo considerados, para fins de suspensão da comercialização, os produtos com menor número de beneficiários.

§5º Nas hipóteses em que os cálculos previstos na forma dos §§2º e 3º deste artigo possam resultar na exclusão de todos os produtos da mesma Operadora, terá a comercialização suspensa o produto com o maior número de reclamações classificadas na forma do inciso I, do art. 6º desta IN.

Subseção III
Da Reativação da Comercialização dos Produtos

Art. 19. A reativação da comercialização dos produtos com comercialização suspensa motivada pelo disposto nesta IN apenas acontecerá após novo período de avaliação em que:[2]

I - a operadora de plano de assistência à saúde apresente pontuação menor em relação ao período anterior, independente dos produtos que tenham sido alvo de reclamações, quando ocorrerá a reativação total;

II - um determinado produto, anteriormente objeto de suspensão por força do disposto nesta IN, não esteja na lista de suspensão de produtos elaborada na forma do disposto nos §§2º, 3º, 4º e 5º do artigo 18 desta norma, quando ocorrerá a reativação parcial; ou

III - um determinado produto, anteriormente objeto de suspensão por força do disposto nesta norma, não apresente nenhuma reclamação classificada na forma do inciso I do art. 6º desta IN, quando ocorrerá a reativação parcial.

§1º A reativação da comercialização dos produtos prevista no *caput* deste artigo se aplica somente aos produtos que tenham sido suspensos em consequência do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, de que trata esta IN.

§2º O disposto no *caput* deste artigo não isenta a operadora de plano de assistência à saúde de ter a comercialização de produtos suspensa pelos resultados obtidos em novos períodos de avaliação, na forma do disposto nesta IN.

[1] O art. 18 está integralmente alterado, conforme art. 2º da IN/DIFIS nº 11/2013.

[2] O art. 19 está integralmente alterado, conforme art. 2º da IN/DIFIS nº 11/2013.

Subseção IV
Da Divulgação dos Resultados

Art. 20. A operadora de plano de assistência à saúde deverá acessar os seus próprios resultados do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento no endereço eletrônico da ANS, no "espaço da operadora", onde, conforme cada caso, estarão disponibilizados:
I - o ofício com a informação da avaliação da operadora conforme esta IN;
II - a relação das reclamações consideradas no respectivo período de avaliação; e
III - a relação dos produtos com comercialização suspensa motivada pelo disposto nesta IN, se for o caso.
Parágrafo único. Para as operadoras de planos de assistência à saúde que não tiverem registro de reclamações de beneficiários pela não garantia de atendimento no período de avaliação, estará disponibilizado apenas um comunicado.
Art. 21. Os resultados obtidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, incluindo aquelas que tiverem a comercialização de produtos suspensa, poderão ser divulgados ao público, mediante definição e determinação da Diretoria Colegiada da ANS.

Seção III
Da Forma das Notificações

Art. 22. As notificações previstas nesta IN serão efetivadas através de disponibilização de documentos próprios para cada fim no endereço eletrônico da ANS na Internet, no espaço da operadora, que deverá ser acessado por cada operadora de plano de assistência à saúde através de sua senha.
Parágrafo único. É facultado à ANS efetivar a notificação por outros meios de comunicação, em especial através dos Correios, com aviso de recebimento.
Art. 23. Considerar-se-á realizada a notificação no dia em que o documento tenha sido disponibilizado no endereço eletrônico da ANS na Internet, independentemente da data em que cada operadora acessar seus resultados, ou na data de assinatura do aviso de recebimento dos Correios.
Parágrafo único. Quando a ANS, concomitantemente, promover a notificação por meio eletrônico e pelos Correios, considerar-se-á notificada a operadora daquele ato na data em que ocorrer a última notificação.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 24. A ANS adotará o disposto neste Capítulo no período de transição entre a metodologia prevista na IN nº 38, de 2012, da DIPRO, e a metodologia instituída através desta IN.
Parágrafo único. Haverá a transição entre o quarto período de avaliação, cuja avaliação foi feita de acordo com a IN nº 38, de 2012, da DIPRO, e o quinto período de avaliação, cuja avaliação será feita de acordo com disposto nesta IN, considerando-se a necessidade de dois períodos de avaliação feitos sob a mesma metodologia para a reiteração de comportamentos.
Art. 25. Na avaliação dos resultados do quarto período da garantia de atendimento e da consolidação do quarto e do terceiro períodos de avaliação, a ANS adotará as seguintes medidas:
I - suspensão da comercialização de produtos e indicação para o regime especial de direção técnica, na forma da RN nº 256, de 2011, para as operadoras de planos de assistência à saúde que reiteraram comportamento de risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários por terem permanecido posicionadas na faixa 4 nos quatro períodos de avaliação já encerrados;
II - suspensão da comercialização de produtos e indicação de celebração de Termo de Compromisso, na forma do artigo 29-A, da Lei nº 9.656, de 1998, junto à GGEOP/DIPRO, para as operadoras de planos de assistência à saúde não enquadradas no disposto no inciso anterior, mas que reiteraram comportamento de risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários por terem permanecido posicionadas na faixa 4, pelo menos, nos últimos dois períodos de avaliação já encerrados;
III - envio de notificação para apresentar, junto à GGEOP/DIPRO, explicações quanto ao número de demandas de reclamações assistenciais e as providências que tomará para se adequar às obrigatoriedades de garantia de acesso e cobertura, bem como acompanhamento mensal quanto ao

número de NIPs, para as operadoras de planos de assistência à saúde não enquadradas no disposto nos incisos anteriores, mas que foram avaliadas no último período de avaliação encerrado com 4 (quatro) pontos; e

IV - reativação da comercialização dos produtos, na forma do disposto no art. 19 desta IN, para as operadoras de planos de assistência à saúde que estavam com produtos com comercialização suspensa por força do disposto na IN nº 38, de 2012, da DIPRO, e que na avaliação do quarto período de avaliação apresentaram melhora na pontuação em relação ao período anterior.

§1º O cumprimento do Termo de Compromisso de que trata o inciso II deste artigo implicará na reativação da comercialização dos produtos que tenham sido suspensos ou tenham permanecido suspensos no quarto período de avaliação.

§2º O não cumprimento do Termo de Compromisso de que trata o inciso II deste artigo ou a opção da operadora por não firmar este Termo implicará na manutenção da suspensão da comercialização dos produtos que tenham sido suspensos ou tenham permanecido suspensos no quarto período avaliativo, até a próxima avaliação relacionada à consolidação dos resultados do quinto e sexto períodos, sendo considerado este novo período em que será mantida suspensa a comercialização como um período avaliativo em que não houve melhora de resultado, constituindo descumprimento reiterado das regras dispostas na RN nº 259, de 2011.

§3ºAs operadoras de planos de assistência à saúde que não se enquadrarem em nenhum dos incisos deste artigo continuarão sendo avaliadas na forma desta IN.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. As demandas de reclamações objeto do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento continuam sendo tratadas na forma do processo administrativo sancionador desta ANS e estão sujeitas às penalidades previstas na regulamentação em vigência, independentemente das medidas administrativas previstas nesta IN.

Art. 27. Fica revogada a Instrução Normativa - IN n° 38, de 24 de maio de 2012, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Art. 28. O anexo desta RN estará disponível no sítio eletrônico da ANS (www.ans.gov.br).

Art. 29. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 43, DE 5 DE JUNHO DE 2013[1]

Dispõe sobre as informações do Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS - RPS/ANS a serem transmitidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, no formato XML (Extensible Markup Language) e altera a Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos I, VIII e IX do artigo 38; a alínea "a" do inciso I do artigo 76; e a alínea "a" do inciso I do artigo 85, todos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009; o § 1° do artigo 13 e o artigo 22, todos da RN N° 85, de 7 de dezembro de 2004, com suas posteriores alterações, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Instrução Normativa - IN estabelece o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e Sistema de Registro de Planos de Saúde da ANS - RPS/ANS e altera a Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos de Registro de Produtos.

Parágrafo único. O formato XML se aplica para os seguintes procedimentos relacionados à alteração de rede assistencial:

I - cadastramento de prestadores de serviços, hospitalares e não-hospitalares, na rede assistencial da operadora;

II - vinculação de prestadores de serviços hospitalares na rede assistencial dos produtos que contenham a segmentação assistencial Hospitalar ou Referência registrados na ANS e nos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998;

III - vinculação de prestadores de serviços (hospitalares ou não hospitalares) que ofereçam o serviço de urgência e emergência na rede assistencial dos produtos que contenham a segmentação assistencial Ambulatorial, ou Hospitalar, ou Referência registrados na ANS e nos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998;

IV - exclusão da rede assistencial da operadora de prestadores de serviços que não estejam vinculados à rede assistencial de produto registrado na ANS e nos planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998; e

V - alteração dos seguintes dados cadastrais dos prestadores de serviço:

a) número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

b) número de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ/ Cadastro de Pessoa Física - CPF do prestador;

c) nome/Razão Social;

d) classificação do Estabelecimento;

e) relação com Entidade Hospitalar;

f) sigla da Unidade da Federação - UF do prestador;

g) nome do município do prestador;

h) tipo de Contratualização;

i) registro ANS da Operadora Intermediária, quando contratualizado de maneira indireta;

j) data de Contratualização;

k) prestação de Serviço - Data de Início;

l) disponibilidade de Serviços; e

m) disponibilidade de serviços de urgência e emergência.

Art. 2º Os seguintes procedimentos não estão contemplados no estabelecido pelo artigo 1º desta IN e devem ser encaminhados por meio de documento assinado pelo representante legal da operadora de

[1] Publicado no DOU em 06/06/2013, seção 01 p.74.

planos de assistência à saúde, nos termos de Instrução Normativa específica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.[1]
I - redimensionamento por redução e substituição de prestadores hospitalares;
II - desvinculação de prestadores de serviços que estejam vinculados a produto registrado da ANS e a plano anterior à Lei nº 9.656, de 1998; e
III - alterações que não envolvam informação de rede assistencial.
Art. 3º O aplicativo de transmissão dos arquivos em formato XML para o RPS/ANS, os arquivos XSD (XML Schema Definition) e o manual de orientação encontram-se à disposição no endereço eletrônico da ANS na Internet www.ans.gov.br, no perfil destinado às operadoras.
Art. 4º A operadora é responsável pela veracidade das informações constantes do RPS/ANS, ficando sujeita à aplicação das penalidades cabíveis em caso de omissão ou falsidade.
Art. 5º Deverão ser informados os estabelecimentos de saúde, hospitalares e não hospitalares, de forma a reproduzir integralmente a rede ofertada ao beneficiário.
§1º Os estabelecimentos de saúde hospitalares e os estabelecimentos que ofertem serviços de urgência e emergência deverão ser vinculados à rede do produto.
§2º Os Prestadores cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, no campo "Natureza da Organização", como pertencente à Administração Direta da Saúde ou à Administração Direta de Outros Órgãos, não poderão ser cadastrados na rede da operadora ou vinculados à rede do plano.

CAPÍTULO II
DO ENVIO DOS ARQUIVOS COM INFORMAÇÕES RELATIVAS A PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 6º A operadora deve enviar arquivo com as informações relativas a prestadores de serviços de saúde sempre que ocorrer alguma das situações relacionadas aos procedimentos previstos no artigo 1º desta IN, não havendo periodicidade pré-definida.
Art. 7º O envio do arquivo deve atender às especificações de formato, tamanho e domínio dos campos de dados, definidas nos arquivos XSD previstos no manual, sob pena de os arquivos serem rejeitados.
Parágrafo único. A rejeição de um arquivo de dados caracteriza o não envio das informações contidas nesse arquivo.
Art. 8º Finalizado o envio do arquivo de dados com êxito, o aplicativo de transmissão disponibilizará protocolo especificando que a operação de transmissão foi realizada.
§1º O protocolo de transmissão do arquivo de dados certifica apenas a transmissão dos dados da operadora e sua recepção pela ANS.
§2º Após a recepção do arquivo de dados, estes serão submetidos a um conjunto de críticas, o que pode ocasionar a rejeição dos registros de dados contidos no arquivo.
§3º As rejeições de dados descritas no §2º constarão do relatório de erro disponibilizado pelo sistema de "Verificação da Incorporação de Dados", no endereço eletrônico da ANS na Internet www.ans.gov.br, devendo as operadoras solicitantes acessá-lo após o envio do arquivo de dados e tomar as providência pertinentes.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 9º A partir do dia 01 de julho de 2013 o Sistema RPS/ANS estará apto a receber os arquivos relativos às informações dos procedimentos previstos no artigo 1º desta IN, devendo as operadoras enviá-las somente no formato XML, nos termos desta IN.
Parágrafo único. As informações de rede assistencial fornecidas na solicitação de registro de produtos e no cadastramento de planos anteriores à Lei nº 9.656, de 1998, permanecem conforme estabelecido na IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, e na RN nº 56, de 3 de dezembro de 2006, respectivamente.
Art. 10. As operadoras podem consultar os dados dos prestadores constantes do RPS/ANS na página da internet http:// www. ans. gov. br.

[1] O art. 2º foi alterado, conforme art. 19 da IN/DIPRO nº 46/2014.

Art. 11. As solicitações relativas aos procedimentos previstos no artigo 1º desta IN, enviadas pelas operadoras via postal ou protocolizadas na ANS até o dia 01 de julho de 2013 e não implementadas pela ANS no RPS até a referida data, serão arquivadas e a operadora deverá proceder às devidas atualizações de acordo com o disposto nesta Instrução Normativa, no formato XML.

§1º A operadora será notificada do arquivamento, na forma do *caput* deste artigo, por meio postal.

§2º Caso a solicitação de que trata o *caput* deste artigo tenha envolvido o pagamento de Taxa por Alteração de Dados de Produto - TAP, o valor recolhido não poderá ser utilizado para nova solicitação de alteração de dados de produto e a operadora poderá requerer à Gerência de Finanças - GEFIN a verificação da possibilidade de restituição do valor pago, conforme disposto nos artigos 25 e 26 da Resolução Normativa nº 89, de 15 de fevereiro de 2005.

§3º As solicitações de que trata o *caput* deste artigo poderão ser consultadas pela ANS para efeito de fiscalização.

Art. 12. O arquivo enviado no formato XML relacionado à alteração que exija o recolhimento de TAP somente será aceito se contiver número de identificação de Guia de Recolhimento da União - GRU emitida a partir de 01 de julho de 2013.

Parágrafo único. O recolhimento da TAP obedecerá aos critérios e aos valores dispostos na legislação vigente, respeitadas as isenções e descontos previstos.

Art. 13. O envio do arquivo não exime as operadoras de planos de saúde da obrigação de apresentar documentação comprobatória da veracidade das informações prestadas, bem como de quaisquer outros documentos e informações que a ANS vier a requisitar.

Art. 14. O §1º do art. 17 e o *caput* do 18, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 17.....

§1º Exceto para os procedimentos previstos na IN DIPRO n° 43, de 5 de junho de 2013, o pedido deverá ser encaminhado por meio de documento assinado pelo representante legal da operadora, juntamente com cópia do comprovante de pagamento da respectiva Taxa por Alteração de Dados do Produto (TAP), quando devida.

.....

" (NR)

"Art.18. As alterações que ocorram na rede de entidades hospitalares configuram alterações do registro de produto, devendo ser solicitadas pelas operadoras na forma do artigo 17 e dos Anexos IV e IV-A da presente IN, exceto para os procedimentos previstos na IN DIPRO n° 43, de 2013, cujo envio deverá ser eletrônico, no formato XML.

....."

(NR)

Art. 15. A IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar acrescida da Seção I-A, no Capítulo II; do art. 16-A; e do §4º ao art. 17:

"CAPÍTULO II

.....

Seção I-A

Do Padrão XML Para Troca de Informações Entre as Operadoras e o RPS

Art. 16-A. A troca de informações entre as operadoras e o RPS relativa aos procedimentos previstos na Instrução Normativa - IN da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO n° 43, de 2013, deverá ser realizada por meio eletrônico, no formato XML (Extensible Markup Language)"

"Art. 17. .....

§4º Nos procedimentos previstos na IN DIPRO n° 43, de 2013, o pedido deverá ser encaminhado por meio de arquivo eletrônico, com a informação do número da Guia de Recolhimento da União - GRU relacionada à respectiva TAP recolhida, quando devida."

Art. 16. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 44, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2014[1]

Institui o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos I, XIII, XIV e XV do artigo 38; a alínea "a" do inciso I do artigo 76; e a alínea "a" do inciso I do artigo 85, todos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009; e o art. 28 da Resolução Normativa - RN nº 338 de 21 de outubro de 2013, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE, de caráter consultivo, que tem os seguintes objetivos:
I - analisar as questões pertinentes à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, na forma que dispõe o artigo 28, da Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013; e
II - estabelecer manutenção de um diálogo permanente com os agentes da saúde suplementar e a sociedade, sobre as questões da regulação da atenção à saúde na saúde suplementar.
Art. 2º O COSAÚDE será composto por:
I - uma Coordenadoria,
II - uma Secretaria, e
III - Membros.
§1º O Coordenador do COSAÚDE será indicado por portaria expedida pelo Diretor da DIPRO.
§2º A Secretaria será exercida por servidor da ANS indicado pelo Coordenador.
§3°Os membros do COSAÚDE serão indicados pelos representantes da Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS e pelos diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Art. 3º O COSAÚDE poderá constituir grupos técnicos para a elaboração de estudos e pareceres temáticos, com temas e prazo de atividades, previamente estabelecidos pelo Comitê.
Art. 4º elaborado Regimento Interno pela Gerência-Geral de Regulação Assistencial - GGRAS que definirá as atribuições e formas de designação dos participantes bem como o funcionamento do COSAÚDE.
Art. 5º A participação no COSAÚDE não enseja remuneração de qualquer espécie.
Art. 6º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

[1] Publicado no DOU em 14/02/2014, seção 01 p. 35.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 46, DE 3 DE OUTUBRO DE 2014[1]

Dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 21-A da Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004; o art. 38, I e VI, e o art. 86, inciso II, alínea "a", da RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 26 de agosto de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as alterações de dados do registro do produto no que se refere às solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009.

Parágrafo único. A solicitação de que trata o caput deste artigo somente poderá ser implementada nos produtos regularizados nos termos da Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, nos registros concedidos após a aludida RN, e nos planos celebrados anteriormente a 2 de janeiro de 1999.

Art. 2º Para fins desta Resolução considera-se:

I - Entidade Hospitalar - estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa;

II - Substituição de Entidade Hospitalar - troca de uma unidade hospitalar por outra equivalente que não se encontra na rede do produto;

III - Redimensionamento da Rede Hospitalar por Redução - supressão de um estabelecimento hospitalar da rede do produto, cabendo às unidades restantes a absorção da demanda; e

IV - Suspensão Temporária do Atendimento Hospitalar - suspensão das atividades de uma entidade hospitalar, por determinado período, podendo ser motivada pela realização de obra ou reforma no espaço físico do prestador ou em decorrência de intervenção pública, sanitária ou fiscal.

Art. 3º Quanto ao vínculo com a operadora de planos de assistência à saúde, a rede assistencial pode ser:

I - Própria: entidade hospitalar de propriedade da operadora de planos de assistência à saúde; ou

II - Contratualizada:

a) Direta: relação formalizada por meio de instrumento jurídico assinado entre a operadora de planos de assistência à saúde e o prestador de saúde; ou

b) Indireta: relação intermediada por outra operadora de planos de assistência à saúde.

Art. 4º A disponibilidade dos serviços pode ser:

a) Total: contratação de todos os serviços disponibilizados pela entidade hospitalar; ou

b) Parcial: contratação de parte dos serviços disponibilizados pela entidade hospitalar.

Art. 5º A alteração de rede hospitalar por substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede hospitalar por redução poderá ser motivada por:

I - interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;

II - interesse exclusivo da entidade hospitalar;

III - encerramento das atividades da entidade hospitalar; ou

[1] Publicado no DOU em 06/10/2014, seção 01 p. 59 e 60.

IV - rescisão contratual entre a entidade hospitalar e a operadora de planos de assistência à saúde intermediária, nos casos de contratação indireta.

Art. 6º Será considerado encerramento das atividades da entidade hospitalar quando:

I - ocorrer o fechamento total do estabelecimento;

II - forem extintas todas as atividades hospitalares contratadas pela operadora; e

III - a prestação de todas as atividades hospitalares passar a ser exclusiva para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. No caso do inciso II deste artigo, caso a operadora de planos de assistência à saúde mantenha o contrato com a entidade hospitalar para prestação de serviços não hospitalares, deverá atualizar o cadastro do prestador no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, conforme as disposições da IN/DIPRO n° 43, de 5 de junho de 2013.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
Seção I

Da Solicitação de Substituição de Entidade Hospitalar ou de Redimensionamento de Rede por Redução
Subseção I
Da Documentação

Art. 7º Para fins de solicitação de substituição de entidade hospitalar ou de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá encaminhar, sob pena de devolução da documentação:

I - solicitação de alteração de rede hospitalar, em atendimento ao artigo 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conforme modelo disponível no Anexo I, juntamente com o Anexo I-A no caso de substituição de entidade hospitalar e/ou com o Anexo I-B no caso de redimensionamento de rede por redução, devidamente preenchidos e assinados pelo representante legal da operadora de planos de assistência à saúde;

II - cópia da Guia de Recolhimento da União - GRU e do respectivo comprovante de pagamento referente ao recolhimento da Taxa de Alteração de Dados do Produto - TAP, quando necessário, nos termos da Resolução Normativa nº 89, de 15 de fevereiro de 2005; e

III - lista contendo a identificação da(s) entidade (es) hospitalar(es), o(s) número(s) do(s) registro(s) do(s) produto(s) a ser(em) alterado(s) ou o(s) código(s) do(s) plano(s) a ser(em) alterado(s), no caso de planos celebrados anteriormente a 2 de janeiro de 1999, conforme modelo disposto no Anexo II.

§ 1º Nos casos de substituição de entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde deverá informar os serviços efetivamente contratados com a entidade hospitalar a ser excluída e com a entidade hospitalar a ser incluída, conforme modelo disposto no Anexo I-A.

§ 2º No caso de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá informar a(s) entidade(s) hospitalar(es) o(s) prestador(es) indicadas para absorção, conforme modelo disposto no Anexo I-B.

§ 3º A operadora de planos de assistência à saúde deverá atestar, mediante declaração, constante no Anexo III, que a rede assistencial disponível será capaz de atender à demanda nos prazos definidos na Resolução Normativa nº 259, de 2011.

§ 4º Caso a solicitação de alteração de rede hospitalar seja motivada pelo encerramento das atividades da entidade hospitalar, é necessário o encaminhamento de um dos seguintes documentos comprobatórios:

a) declaração de gestor ou órgão público local competente;

b) declaração de responsável pela entidade hospitalar;

c) comprovante da situação cadastral do estabelecimento no CNES, exceto por motivo desativado "outros"; ou

d) notícias publicadas em meios de comunicação de massa.

§ 5º Caso a solicitação de alteração de rede hospitalar seja motivada por interesse exclusivo da entidade hospitalar, é necessário o encaminhamento de documentação proveniente da entidade hospitalar, informando a rescisão contratual, devidamente identificado e assinado.

Art. 8º Serão devolvidas as solicitações de abertura do processo de alteração de rede hospitalar cuja documentação esteja incompleta, sem assinatura do representante legal da operadora de planos de assistência à saúde ou em desacordo com esta Instrução Normativa.

Subseção II
Da Rede Indireta

Art. 9º Para fins de alteração de rede hospitalar contratada indiretamente, a operadora de planos de assistência à saúde deverá encaminhar requerimento de alteração, de acordo com os critérios estabelecidos na presente Instrução Normativa.
§ 1º A operadora de planos de assistência à saúde que contrata a entidade hospitalar de forma indireta e pretenda solicitar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede hospitalar por redução, somente deve recolher a TAP caso a operadora de planos de assistência à saúde que mantém a relação direta com a entidade hospitalar não tenha obtido autorização para a exclusão, nos termos da Resolução Normativa nº 89, de 15 de fevereiro de 2005.
§ 2º A operadora de planos de assistência à saúde que contrata a entidade hospitalar de forma indireta e pretenda solicitar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução, já autorizado para a operadora de planos de assistência à saúde intermediária, deverá encaminhar cópia do ofício emitido pela ANS a esta operadora de planos de assistência à saúde autorizando a exclusão da entidade hospitalar.
§ 3º A operadora de planos de assistência à saúde que contrata a entidade hospitalar de forma indireta e pretenda contratá-la de forma direta ou manter a relação indireta através de outra operadora de planos de assistência à saúde intermediária, deverá promover a alteração dos dados da entidade hospitalar no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde informado à ANS, de acordo com os procedimentos previstos na IN/DIPRO n° 43, de 5 de junho de 2013.

Seção II
Da Suspensão Temporária do Atendimento no Prestador Hospitalar

Art. 10. A operadora de planos de assistência à saúde não está obrigada a solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar de sua rede.
Parágrafo único. Na hipótese de suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde deverá:
a) continuar a oferecer a plenitude da cobertura contratada, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente publicado pela ANS, observando, ainda, o que dispõe a Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011;
b) comunicar seus beneficiários sobre a suspensão temporária dos serviços na entidade hospitalar, com o período estimado de interrupção, indicando as alternativas disponíveis na rede para prestação do atendimento; e
c) manter comprovação da suspensão temporária do atendimento hospitalar na entidade hospitalar, para fins de eventual fiscalização da ANS.
Art. 11. Caso a operadora de planos de assistência à saúde opte por solicitar substituição de entidade hospitalar ou redimensionamento de rede por redução, nos casos de suspensão temporária do atendimento hospitalar no prestador, deverá obedecer as regras
estabelecidas nesta Instrução Normativa.
Art. 12. Caso ocorra o encerramento das atividades hospitalares da entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde fica obrigada a solicitar a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução.

Seção III
Da Responsabilidade da Operadora

Art. 13. A operadora de planos de assistência à saúde é responsável pelas informações prestadas nas solicitações de substituição de entidade hospitalar ou de redimensionamento de rede por redução.

Art. 14. Nos casos de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, a operadora de planos de assistência à saúde deverá garantir aos beneficiários a manutenção do acesso aos serviços ou procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei n° 9.656, de 1998, nos prazos definidos na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011.
Art. 15. Todos os cadastros de estabelecimentos da rede assistencial dos produtos e suas alterações deverão permanecer na operadora de planos de assistência à saúde pelo período mínimo de 5 (cinco) anos.
Art. 16. A exclusão de entidades hospitalares da rede assistencial dos produtos da operadora de planos de assistência à saúde, mediante a atualização dos meios de divulgação da rede assistencial e da comunicação aos beneficiários deverá ocorrer após:
I - a autorização da alteração de rede hospitalar pela ANS, quando se tratar de interesse da própria operadora de planos de assistência à saúde;
II - a solicitação de alteração de rede hospitalar na ANS, quando se tratar de interesse exclusivo da entidade hospitalar, de encerramento das atividades da entidade hospitalar ou de contratação indireta de rede, na hipótese prevista no §2º do artigo 9º desta Instrução Normativa.
Parágrafo único. Na situação prevista no inciso II, quando da análise do processo administrativo de alteração de rede hospitalar, caso não haja a comprovação do encerramento de atividades da entidade hospitalar ou da rescisão contratual por interesse da entidade hospitalar, a operadora de planos de assistência à saúde estará sujeita às penalidades cabíveis.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Para fins de monitoramento da veracidade das informações prestadas pela operadora de planos de assistência à saúde, a ANS poderá, a qualquer tempo, proceder à verificação dos dados declarados.
Parágrafo único. Caso sejam identificados indícios de envio de informações inverídicas, a operadora de planos de assistência à saúde fica sujeita à aplicação das medidas administrativas e penalidades previstas na legislação em vigor.
Art. 18. Não estão contempladas neste normativo as seguintes alterações:
I - inclusão de prestadores de serviços hospitalares e não hospitalares;
II - exclusão de prestadores de serviços não hospitalares; e
III - alteração de dados cadastrais dos prestadores.
§ 1º A operadora de planos de assistência à saúde deve realizar as alterações descritas nesse artigo, na forma descrita na IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, por meio do formato XML (*Extensible Markup Language*).
§ 2º Nos procedimentos previstos na IN/DIPRO n° 43, de 5 de junho de 2013, o pedido deverá ser encaminhado por meio de arquivo eletrônico, com a informação do número da Guia de Recolhimento da União - GRU relacionada à respectiva Taxa de Alteração
de Dados de Produto - TAP recolhida, quando devida.
Art. 19. O caput do artigo 2º da IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 2º Os seguintes procedimentos não estão contemplados no estabelecido pelo artigo 1º desta IN e devem ser encaminhados por meio de documento assinado pelo representante legal da operadora de planos de assistência à saúde, nos termos de Instrução Normativa específica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.
....." (NR)
Art. 20. A IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:
"Art. 5º-A. Todos os prestadores da rede assistencial da operadora de planos de assistência à saúde (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) devem estar informados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde da ANS.
§ 1º A rede assistencial oferecida aos beneficiários deverá contemplar os serviços necessários ao atendimento de todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, observando o rol de procedimentos em vigor.
§ 2º As entidades com assistência hospitalar e os serviços de urgência e emergência necessitam de vinculação à solicitação de registro do plano de saúde de segmentação hospitalar ou referência.

§ 3º No plano de segmentação ambulatorial, apenas as entidades ou serviços de urgência e emergência deverão ser vinculados à solicitação de registro de produto."

Art. 21. O caput do artigo 7º e o item b do inciso I do artigo 12, ambos da IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

" Art. 7º No envio pelo aplicativo RPS das informações referentes à rede assistencial, deverão ser informados todos os prestadores de serviços, da rede própria e/ou contratualizada, direta ou indiretamente, necessários ao atendimento integral da cobertura prevista nos artigos 10, 10-A e 12 da Lei n° 9.656, de 1998.

....." (NR)

"Art. 12 .....

b) a disponibilidade de prestadores de serviços, nos termos dos artigos 5º-A e 7º da presente Instrução Normativa.

....." (NR)

Art. 22. Revogam-se o artigo 18 e seus parágrafos e o artigo 19 e os Anexos IV e IV-A da IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009.

Art. 23. Os Anexos I, I-A, I-B, II e III estarão disponíveis no sítio eletrônico da ANS para consulta e cópia no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Art. 24. Esta Instrução Normativa entra em vigor 30 dias após sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 48, DE 10 DE SETEMBRO DE 2015[1]

Dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde, regulamenta o art. 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e revoga a Instrução Normativa - IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e a alínea "a" do inciso I do art. 85 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN dispõe sobre o acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde, regulamenta o art. 12-A da Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011, e revoga a IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Parágrafo único. O acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento tem o objetivo de avaliar a garantia de acesso dos beneficiários às coberturas previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos seus regulamentos e nos contratos, bem como avaliar o cumprimento das regras dispostas na RN nº 259, de 2011, e detectar desconformidades que possam constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para fins desta IN, considera-se:

I - período de avaliação: cada trimestre objeto das avaliações;

II - consolidação de avaliações: a comparação feita entre um determinado período de avaliação e o período imediatamente anterior, referentes a cada operadora;

III - garantia de atendimento: a garantia de acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na Lei n° 9.656, de 1998, e em seus regulamentos, bem como nos contratos, na forma da RN nº 259, de 2011; e

IV - método "box-plot": metodologia estatística para identificação de valores discrepantes em uma série de dados.

CAPÍTULO II
DO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

Seção I
Da Metodologia
Subseção I
Da Periodicidade

Art. 3º O acompanhamento e a avaliação da garantia de atendimento serão realizados continuamente e os resultados apurados trimestralmente.

Parágrafo único. São considerados os seguintes períodos de avaliação:

I - 01 de janeiro a 31 de março;

II - 01 de abril a 30 de junho;

III - 01 de julho a 30 de setembro; e

IV - 01 de outubro a 31 de dezembro.

[1] Publicado no DOU em 11/09/2015, seção 01 p 53.

Subseção II
Das Variáveis

Art. 4º Serão objeto de avaliação as demandas de reclamações de beneficiários recepcionadas pela ANS, que tenham como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, processadas no âmbito do procedimento da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, previsto em regulamentação específica.
Art. 5º O cálculo do indicador da operadora dar-se-á na forma dos critérios e da fórmula descritos na Ficha Técnica constante do Anexo desta IN.
Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:
I - as demandas de reclamações mencionadas no art. 4º, geradas no período de avaliação e classificadas como Reparação Voluntária e Eficaz - RVE ou encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador; e
II - o número médio de beneficiários no período de avaliação, de acordo com as mais recentes informações disponíveis, prestadas pela operadora de plano de assistência à saúde ao Sistema de Informações de Beneficiários - SIB da ANS.

Subseção III
Da Elegibilidade

Art. 7º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde estão sujeitas ao acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento.
Parágrafo único. As operadoras de planos de assistência à saúde classificadas na modalidade de administradora de benefícios, as em processo de cancelamento de registro, a partir da publicação da Resolução Operacional correspondente, e as que não apresentem beneficiários no período de avaliação, não serão submetidas ao acompanhamento e avaliação de que trata esta IN.

Subseção IV
Do Tipo de Atenção Prestada pela Operadora

Art. 8º Para fins desta IN, os tipos de atenção dividem-se em:
I - médico-hospitalar: os oferecidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde que operam planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; ou
II - exclusivamente odontológico: os oferecidos por operadoras de planos de assistência à saúde que operam exclusivamente planos odontológicos.

Subseção V
Do Posicionamento da Operadora

Art. 9º O indicador de cada operadora de plano de assistência à saúde - IO será calculado considerando as variáveis previstas na Subseção II, da Seção I, do Capítulo II desta IN.
Parágrafo único. Calculados os IO's, será calculada a mediana para cada tipo de atenção prestada.
Art. 10. De acordo com o resultado do IO no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, apurado no período de avaliação, as operadoras de plano privado de assistência à saúde serão posicionadas em relação à mediana, conforme segue:
I - faixa 0: operadoras que não tenham registro de demandas de reclamações classificadas nos termos do inciso I do art. 6º;
II - faixa 1: resultado menor que a mediana;
III - faixa 2: resultado maior ou igual a mediana e menor ou igual a 50% (cinquenta por cento) acima da mediana;
IV - faixa 3: resultado maior que 50% (cinquenta por cento) da mediana.
Art. 11. Não será utilizado qualquer critério de arredondamento do resultado do indicador.
Art. 12. A operadora de plano de assistência à saúde que não tenha enviado os dados cadastrais dos beneficiários ao SIB no período de avaliação será posicionada na faixa 3, para fins de acompanhamento e avaliação em cada período de avaliação e de consolidação de avaliações.

Art. 13. A cada período de avaliação será apurada ainda, por tipo de atenção, a quantidade de operadoras por número absoluto de reclamações classificadas nos termos do inciso I do art. 6º, identificando-se o quantitativo de reclamações que concentre 80% (oitenta por cento) das operadoras.

Subseção VI
Da Notificação Quanto aos Resultados do Período de Avaliação

Art. 14. A cada período de avaliação, a operadora de plano privado de assistência à saúde deverá acessar seu próprio resultado, que será disponibilizado no endereço eletrônico da ANS na Internet, no espaço da operadora, acessado através de sua senha, no qual constarão os seguintes documentos:
I - o ofício de notificação, com a informação da avaliação da operadora conforme esta IN;
II - a relação das reclamações consideradas no respectivo período de avaliação; e
III - o resultado da mediana de acordo com o tipo de atenção prestada.

Seção II
Da Identificação de Risco à Qualidade ou à Continuidade do Atendimento à Saúde dos Beneficiários

Art. 15. A cada período de avaliação, o risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários será mensurado a partir da consolidação de avaliações, caracterizando o descumprimento reiterado das regras relacionadas à garantia de acesso e cobertura na forma disposta na RN nº 259, de 2011, para fins desta IN.
§ 1º As operadoras estarão aptas a serem identificadas em risco caso o seu número absoluto de reclamações classificadas nos termos do inciso I do art. 6º seja superior ao menor valor apurado conforme o disposto no art. 13, na série histórica de dados a partir de sua vigência.
§ 2º A partir da análise disposta no § 1º, será considerada em risco a operadora que permanecer, no segundo período consecutivo, enquadrada na faixa 3 de avaliação e preencher, pelo menos, um dos seguintes requisitos:
I - não tenha havido redução de, no mínimo, 10% (dez por cento), no seu IO, em comparação ao período imediatamente anterior;
ou
II - o seu IO, segundo o método "box-plot", represente um valor discrepante.
§ 3º Também poderá ser considerada em risco a operadora que se mantiver na faixa 3 durante quatro períodos sucessivos de avaliação.

Subseção I
Das Medidas Administrativas Decorrentes da Consolidação de Avaliações

Art. 16. Constatado, na consolidação de avaliações, risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá se valer de critérios decorrentes da sua discricionariedade técnica para adotar quaisquer das medidas administrativas previstas no artigo 12-A da RN nº 259, de 2011, quais sejam:
I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos de assistência à saúde;
II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011, com a possibilidade de determinação do afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei nº 9.656, de 1998.
§ 1º As medidas administrativas previstas no caput são independentes entre si e podem ocorrer de forma simultânea.
§ 2º A adoção das medidas administrativas mencionadas no caput ocorrerá sem prejuízo da aplicação das penalidades estabelecidas na legislação e na regulamentação aplicáveis para cada caso.

Subseção II
Da Suspensão da Comercialização dos Produtos

Art. 17. Os produtos das operadoras em risco que, dentro do último período de avaliação, tenham sido objeto de até 80% (oitenta por cento) das reclamações da operadora, classificadas na forma do inciso I

do art. 6º, serão considerados como aqueles que apresentam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, podendo ser objeto de suspensão da comercialização em decorrência do disposto nesta IN.
§ 1º Para fins de delimitação do quantitativo de produtos dentro do percentual previsto no caput, os produtos da operadora serão ordenados em ordem decrescente de reclamações.
§ 2º Quando houver produtos com a mesma quantidade de reclamações classificadas na forma do inciso I do art. 6º, tais produtos serão ordenados em ordem crescente de número de beneficiários, sendo considerados, para fins de identificação de risco e suspensão da comercialização, os produtos com menor número de beneficiários.
§ 3º Na hipótese em que o cálculo previsto no caput possa resultar na exclusão de todos os produtos da operadora, será considerado em risco o produto com o maior número de reclamações classificadas na forma do inciso I do art. 6º.
§ 4º No caso de suspensão da comercialização de produtos em decorrência do disposto nesta IN, a operadora será notificada e ficará impedida de incluir qualquer novo beneficiário nos respectivos produtos, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular e de beneficiários em exercício dos direitos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, sob pena da adoção das demais medidas administrativas previstas no artigo 12-A da RN nº 259, de 2011, sem prejuízo da aplicação da penalidade cabível.

Subseção III
Da Cessação do Efeito Suspensivo

Art. 18. A cessação do efeito suspensivo de comercialização de produtos apenas acontecerá após novo período de avaliação em que:
I - a operadora de plano privado de assistência à saúde deixe de ser considerada em risco, nos termos indicados no art. 15, quando cessará totalmente o efeito da suspensão de comercialização; ou
II - um determinado produto, anteriormente objeto de suspensão por força do disposto nesta IN, não esteja na lista de suspensão de produtos elaborada na forma do art. 17, quando cessará parcialmente o efeito da suspensão de comercialização.
§ 1º A cessação do efeito suspensivo de comercialização dos produtos prevista no caput deste artigo se aplica somente aos produtos que tenham sido suspensos em consequência do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, de que trata esta IN.
§ 2º Mesmo após a cessação do efeito suspensivo, a operadora de plano de assistência à saúde poderá voltar a ter a suspensão de comercialização pelos resultados obtidos em novos períodos de avaliação, na forma do disposto nesta IN.
§ 3º A cessação do efeito suspensivo caracteriza-se pelo retorno do produto à situação de comercialização deste, tal qual existente em data imediatamente anterior à suspensão pela garantia de atendimento.
§ 4º O plano só retornará à condição de ativo, na forma do art. 12 da RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, se não houver qualquer outro motivo que enseje a manutenção da suspensão da comercialização.

Subseção IV
Da Divulgação dos Resultados

Art. 19. Os resultados obtidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde no acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento, incluindo aquelas que tiverem a comercialização de produtos suspensa, poderão ser divulgados ao público, mediante definição e determinação da Diretoria Colegiada da ANS.
Parágrafo único. A cada ciclo de monitoramento, poderão ser divulgados ao público o enquadramento, de cada operadora avaliada, nas faixas previstas no art. 10.

Seção III
Da Forma das Notificações

Art. 20. As notificações previstas nesta IN serão efetivadas através de disponibilização de documentos próprios para cada fim no endereço eletrônico da ANS na Internet, no espaço da operadora, que deverá ser acessado por cada operadora de plano de assistência à saúde através de sua senha.

Parágrafo único. É facultado à ANS efetivar a notificação por outros meios de comunicação, em especial por meio dos Correios, com aviso de recebimento.
Art. 21. Considerar-se-á realizada a notificação no dia em que o documento tenha sido disponibilizado no endereço eletrônico da ANS na Internet, independentemente da data em que cada operadora acessar seus resultados, ou na data de assinatura do aviso de recebimento dos Correios.
Parágrafo único. Na hipótese em que a ANS, concomitantemente, promova a notificação por meio eletrônico e pelos Correios, considerar-se-á notificada a operadora daquele ato na data em que ocorrer a última notificação.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 22. A apuração e a divulgação do 15º ciclo de monitoramento ocorrerão conforme metodologia prevista na IN nº 42, de 2013, da DIPRO, inclusive no que diz respeito à aplicação das medidas administrativas cabíveis.
Parágrafo único. A metodologia prevista na IN nº 42, de 2013, da DIPRO será descontinuada a partir da divulgação do 15º ciclo de monitoramento.
Art. 23. As operadoras serão avaliadas, nos termos desta IN, a partir do Ciclo de Monitoramento do 3º Trimestre de 2015, servindo o resultado de base para a consolidação com o Ciclo de Monitoramento do 4º Trimestre de 2015, quando então serão adotadas as medidas administrativas cabíveis decorrentes da metodologia disposta na presente instrução normativa.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. As demandas de reclamações objeto do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento continuam sendo tratadas na forma do processo administrativo sancionador desta ANS e estão sujeitas às penalidades previstas na regulamentação em vigência, independentemente das medidas administrativas previstas nesta IN.
Art. 25. Fica revogada a Instrução Normativa - IN n° 42, de 26 de fevereiro de 2013, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, ressalvando-se a regra de transição disposta nos arts. 22 e 23 da presente IN.
Art. 26. O anexo desta IN estará disponível no endereço eletrônico da ANS na Internet - www.ans.gov.br.
Art. 27. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

Diretoria Colegiada –DICOL

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 02, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2014[1]

Regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga a Instrução Normativa n° 1, de 7 de fevereiro de 2014, da Diretoria Colegiada - DICOL.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso VI e o § 1º, ambos do art. 4º da Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013; o § 1º do art.2º, o art. 6º, os incisos XIV e XV do art.72, a alínea "a" do inciso I do artigo 76; e a alínea "a" do inciso I do artigo 85 e seu § 2º; todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; resolve:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias - REA-OUVIDORIAS – das operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga a Instrução Normativa n° 1, de 7 de fevereiro de 2014 que regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento
das Ouvidorias das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.[2]

Art. 2º O objetivo do REA-OUVIDORIAS é fornecer ao representante legal da operadora subsídios para o aperfeiçoamento dos respectivos processos de trabalho e padronizar os dados e informações enviados à ANS.

Art. 3° O envio do REA-OUVIDORIAS para a ANS será efetuado exclusivamente por meio de formulário eletrônico acessado em endereço eletrônico específico, que estará à disposição no sítio da ANS (www.ans.gov.br), no perfil destinado às operadoras.

CAPÍTULO II
DO REA-OUVIDORIAS[3]

Seção I
Da Metodologia

Subseção I
Da Periodicidade

Art. 4º O REA-OUVIDORIAS deverá ser elaborado anualmente, contendo os resultados apurados entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano.

Subseção II
Das Demonstrações Estatísticas

Art. 5º O REA-OUVIDORIAS deverá conter, as demonstrações estatísticas do período por canal de atendimento, tema, espécies de manifestações, tipo de contrato do beneficiário e tipo de demandante, conforme manual de preenchimento anexo a esta IN.

§1º Consideram-se espécies de manifestações as reclamações, sugestões, consultas, denúncias e elogios recebidos pela unidade de Ouvidoria.

[1] Publicado no DOU em 19/12/2014, seção 01 p. 211.

[2] O art. 1º foi retificado conforme republicação no DOU em 22/12/2014, seção 1, p. 34.

[3] O título do capítulo II foi simplificado conforme republicação no DOU em 22/12/2014, seção 1, p. 34.

§2º Considera-se tipo de demandante a denominação dada ao usuário que acessa a unidade de Ouvidoria, tais como consumidor, prestador, corretor, gestor de contrato coletivo e/ou outros.
Art. 6º O REA-OUVIDORIAS deverá apresentar indicadores que se refiram à quantidade e qualidade dos atendimentos prestados pela unidade de ouvidoria - Tempo Médio de Resposta da Ouvidoria, bem como os percentuais de cada tempo de resposta (dentro do prazo, dentro de prazo pactuado e fora do prazo), conforme inciso VI do art. 3° da RN n° 323/13.
Parágrafo Único: Está facultada a apresentação de outros indicadores, desde que acompanhados de ficha técnica que descrevam os critérios, metodologia de cálculo e resultados do período.

Subseção III
Das Recomendações

Art. 7º O REA-OUVIDORIAS deverá conter recomendações e sugestões de medidas corretivas e de melhoria de processos ao dirigente da operadora, para o próximo período e o status daquelas propostas no período anterior.

Subseção IV
Da Avaliação do Atendimento da Ouvidoria

Art. 8º. O REA-OUVIDORIAS poderá apresentar resultado de pesquisa de satisfação dos serviços prestados pela unidade de ouvidoria.
Parágrafo Único. Essa pesquisa se refere à disponibilidade de ferramenta para que o usuário avalie o atendimento recebido, após o seu contato com a unidade de ouvidoria.

Subseção V
Da estrutura da Unidade de Ouvidoria

Art. 9º. O REA-OUVIDORIAS deverá conter o quantitativo de pessoas envolvidas com as atividades da unidade de ouvidoria, incluindo o Ouvidor.

Seção II
Dos Encaminhamentos

Subseção I
Dos Destinatários

Art. 10. O REA-OUVIDORIAS deverá ser encaminhado aos seguintes destinatários:
I - ao representante legal da operadora; e
II - à Ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, conforme previsto no art. 3º.
Parágrafo Único. O encaminhamento do Relatório de que trata o caput poderá estender-se aos membros de órgão colegiado, ou assemelhados que exerçam atribuições de gestão nas operadoras ou em grupos econômicos vinculados.

Subseção II
Dos Prazos

Art. 11. O REA-OUVIDORIAS contendo os resultados anuais deverá ser apresentado ao representante legal da operadora no ano subsequente, até o ultimo dia útil do mês de março, e encaminhado à ANS até o décimo quinto dia do mês de abril.

Subseção III
Da forma de encaminhamento à ANS

Art. 12. O REA-OUVIDORIAS deverá ser encaminhado à ANS exclusivamente por meio de formulário eletrônico, conforme disposto no art.3º.

Art. 13. Finalizado o preenchimento do formulário eletrônico REA-OUVIDORIAS com êxito, o aplicativo de transmissão disponibilizará número de protocolo, link de acesso para alterações e atualizações e relatório dos campos preenchidos.
§ 1º As alterações e atualizações do formulário transmitido poderão ser realizadas somente durante o período de encaminhamento à ANS, estabelecido pelo art.11.
§ 2º O protocolo de transmissão do arquivo certifica apenas a transmissão do relatório e sua recepção pela ANS.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Colegiada da ANS.
Art. 15. O REA-OUVIDORIAS referente ao ano de 2014 conterá os resultados apurados a partir da data da vigência da RN nº 323/2013.
Art. 16. Fica revogada a Instrução Normativa da Diretoria Colegiada nº 1, de 7 de fevereiro de 2014, que regulamenta o inciso VI e o § 1º do art. 4º da RN nº 323, de 3 de abril de 2013, para dispor sobre o Relatório Estatístico e Analítico do Atendimento das Ouvidorias das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.[1]
Art. 17. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.[2]

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

[1] O art. 16 foi retificado conforme republicação no DOU em 22/12/2014, seção 1, p. 34.
[2] O art. 17 foi retificado conforme republicação no DOU em 22/12/2014, seção 1, p. 34.

ANEXO

MANUAL DE PREENCHIMENTO

Este Manual, anexo da IN n° 2/2014, tem por objetivo orientar as operadoras de planos privados de assistência à saúde quanto ao preenchimento do formulário eletrônico REA-Ouvidorias que deverá ser enviado à Ouvidoria da ANS a partir de 2015.

Padronização dos dados e do envio por meio eletrônico

1.1- Dados

Os dados e informações das manifestações oriundas dos beneficiários recebidas pela Ouvidoria da operadora são:

Seção I - Identificação da Operadora

- Registro ANS
- Razão Social
- Modalidade da Operadora
- E-mail do responsável pelas informações (preferencialmente da Ouvidoria)
- Telefone de contato da Ouvidoria

Nessa seção também é solicitado:
- Informar se a unidade de Ouvidoria foi instituída em atendimento à RN n° 323/13, com opção de resposta - SIM ou NÃO.

Seção II - Fluxo de entrada

A obrigatoriedade de implantação de unidades de Ouvidoria, segundo a RN nº 323/2013, para as operadoras de grande porte foi a partir de outubro de 2013 e para as de médio e pequeno porte foi a partir de maio de 2014.
Sendo assim, a partir de 2015 todas as operadoras deverão apresentar os dados apurados entre 1° de janeiro e 31 de dezembro do ano anterior. No caso das operadoras de médio e pequeno porte, o primeiro ano de envio será referente a dados apurados entre 1° de maio e 31 de dezembro. É facultativo o preenchimento do período anterior completo àquelas que já possuíam unidades de ouvidoria anteriormente à RN nº 323/2013.
a) Total de demandas recebidas no período
- Informar o quantitativo de demandas entrantes mês a mês e o consolidado do ano.
b) Total de demandas no período segundo Canal de Atendimento
- Informar o consolidado anual segundo os canais oferecidos pela operadora, tais como: telefone, e-mail, presencial, site, carta, redes sociais, imprensa, entre outros.
c) Total de demandas no período segundo Tema
- Informar o consolidado anual segundo cinco (5) grandes eixos temáticos:
1- Cobertura Assistencial: agrupar nesse eixo temático todos os assuntos relacionados a autorização, negativas de cobertura/atendimento, demora na liberação de material (órtese, prótese, cirúrgico, etc).
2- Rede Credenciada/Referenciada: agrupar assuntos relacionados a dificuldade de marcação/agendamento, falta de prestador, mau atendimento por parte do prestador, descredenciamento de rede, etc.
3- SAC: agrupar assuntos relacionados à prestação do Serviço de Atendimento ao Cliente.
4- Administrativo: agrupar assuntos relacionados a relação comercial, corretores, carteirinha, contrato, cancelamento, etc.
5- Financeiro: agrupar assuntos relacionados a reajuste, boletos, cobranças, reembolso, etc.
d) Total de demandas no período segundo Tipo de Manifestação - Informar o consolidado anual segundo os tipos de manifestação:
- Reclamação (manifestação de desagrado/protesto sobre um serviço prestado pela operadora, suas áreas e/ou prestadores);
- Consulta (solicitação de esclarecimentos gerais);

- Elogio (reconhecimento ou satisfação pelo serviço recebido ou sobre as pessoas que participaram do serviço/atendimento);
- Sugestão (ideia ou proposta para o aprimoramento do processo de trabalho);
- Denúncia (comunicação de irregularidade na administração ou no atendimento da operadora e de sua rede credenciada).

e) Total de RECLAMAÇÕES no período segundo Tema
- Informar o consolidado anual das Reclamações segundo cinco (5) grandes eixos temáticos:
1- Cobertura Assistencial: agrupar nesse grupo temático todos os assuntos relacionados a autorização, negativas de cobertura/atendimento, demora na liberação de material (órtese, prótese, cirúrgico, etc).
2- Rede Credenciada/Referenciada: agrupar assuntos relacionados a dificuldade de marcação/agendamento, falta de prestador, mau atendimento por parte do prestador, descredenciamento de rede, etc.
3- SAC: agrupar assuntos relacionados ao Serviço de Atendimento ao Cliente.
4- Administrativo: agrupar assuntos relacionados a relação comercial, corretores, carteirinha, contrato, etc.
5- Financeiro: agrupar assuntos relacionados a reajuste, boletos, cobranças, reembolso, etc.

f) Total de RECLAMAÇÕES no período segundo Tipo de Contrato do Usuário
- Informar o consolidado anual das Reclamações segundo a modalidade contratual do usuário reclamante:
- Contrato coletivo empresarial;
- Contrato coletivo adesão;
- Contrato individual/familiar.

g) Total de RECLAMAÇÕES no período segundo Tipo de Demandante
- Informar o consolidado anual das Reclamações segundo tipo de demandante:
- Beneficiário (ou o interlocutor do beneficiário);
- Prestador;
- Corretor;
- Gestor do contrato coletivo;
- Outros tipos de demandantes.

Seção III – Indicadores

a) Tempo Médio de Resposta da Ouvidoria (TMRO): é o tempo médio, em dias úteis, entre o recebimento da demanda e a resposta conclusiva/final da unidade de Ouvidoria aos seus demandantes.
Fórmula do Indicador

TMRO = Σ das quantidades de dias úteis entre o recebimento da demanda e a resposta conclusiva/final ao demandante, no período Total de Demandas com resposta conclusiva/final, no período

Total de Demandas com resposta conclusiva/final, no período.

- Informar o resultado final do Indicador e o somatório de dias úteis gastos na conclusão/finalização das demandas (numerador) no período e o quantitativo de demandas com resposta conclusiva/final no período (denominador).

b) Percentual de Resposta Dentro do Prazo (PRDP): é o percentual de demandas com resposta conclusiva/final em até 7 (sete) dias úteis.
Fórmula do Indicador

PRDP = Σ de Demandas com resposta conclusiva/final em até 7 dias úteis X 100

Total de Demandas com resposta conclusiva/ final, no período.

- Informar o resultado final do Indicador e o somatório de demandas concluídas/finalizadas em até 7 (sete) dias úteis (numerador) e o total de demandas com resposta conclusiva/final no período (denominador).

c) Percentual de Resposta Dentro de Prazo Pactuado (PRDPP): é o percentual de demandas com resposta conclusiva/final em tempo superior a 7 (sete) dias úteis, tempo esse pactuado não podendo ser superior a 30 (trinta) dias úteis.
Fórmula do Indicador

PRDPP = Σ de Demandas com resposta conclusiva/final entre o 8° e o 30° dia útil X 100

Total de Demandas com resposta conclusiva/ final, no período.

- Informar o resultado final do Indicador e o somatório de demandas concluídas/finalizadas entre o 8° e o 30° dia útil (numerador) e o total de demandas com resposta conclusiva/final no período (denominador).
d) Percentual de Resposta Fora do Prazo (PRFP): é o percentual de demandas com resposta conclusiva/final, em tempo superior ao previsto na RN 323/2013, ou seja, após o 30° dia útil.
Fórmula do Indicador

PRFP =Σ de Demandas com resposta conclusiva/final após o 30° dia útil X 100

Total de Demandas com resposta conclusiva/final, no período.

- Informar o resultado final do Indicador e o somatório de demandas concluídas/finalizadas após o 30° dia útil (numerador) e o total de demandas do período (denominador).

- Informar os motivos para o não cumprimento do prazo.
e) Outro(s) Indicador(es)
- Campo de livre preenchimento, no qual a operadora poderá acrescentar outro(s) Indicador(es) que utiliza para avaliação de seus serviços.
- Informar a ficha técnica, metodologia de cálculo e resultados do período.

Seção IV - Recomendações e/ou Melhorias

- Campo aberto em que a operadora poderá propor recomendações, melhorias e correções para o aprimoramento do processo de trabalho da operadora.
- Informar o status de implementação, de uma forma global, da maioria das recomendações e/ou melhorias propostas no período anterior, tais como: Implementadas, Em fase de implementação e Não Implementadas.

Seção V - Avaliação do Atendimento da Ouvidoria

- Informar se a unidade de Ouvidoria disponibiliza ferramenta para que o usuário avalie o atendimento recebido, após o seu contato com a Ouvidoria.
- Caso afirmativo, informar o total de respondentes e como o atendimento foi avaliado.

Seção VI - Estrutura da unidade de Ouvidoria

- Informar o quantitativo de pessoas que compõem a unidade de Ouvidoria, incluindo o Ouvidor.
1.2- Envio Eletrônico do REA-OUVIDORIAS O envio eletrônico do REA-OUVIDORIAS será feito por meio do software livre - FormSUS -, serviço do DATASUS, que segue as diretrizes do governo federal.
O FormSUS é um serviço para criação de formulários, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coletar e disseminar dados pela Internet.
Os formulários criados no FormSUS, sob a responsabilidade de outros órgãos ou instituições do SUS, ficarão residentes no ambiente de servidores do DATASUS. Assim, sistema, dados cadastrais, formulários e dados de formulários estão hospedados em ambiente do DATASUS.
Armazenamento e segurança de dados no FormSUS As regras de armazenamento (backup, disponibilidade, etc) do FormSUS estão em acordo com as diretrizes e normas de segurança do DATASUS.

O conteúdo de cada formulário e monitoramento de suas respostas são de responsabilidade do responsável técnico pela criação do formulário, ou de sua equipe gestora, no caso em questão, sob responsabilidade da Ouvidoria da ANS.

Formulário REA-OUVIDORIAS

O formulário REA-OUVIDORIAS deverá ser preenchido por todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde com registro na ANS, em cumprimento à RN n° 323/2013.

O formulário eletrônico foi desenvolvido em linguagem de fácil compreensão e contendo os dados e informações que deverão ser apresentados anualmente à ANS.

O link de acesso ao formulário será disponibilizado na página da Ouvidoria no sítio da ANS (www.ans.gov.br), em área restrita às operadoras. Após o preenchimento e "gravação" do formulário será fornecido número de protocolo, link de acesso para possíveis alterações e atualizações, bem como opção para impressão. Os dados serão registrados automaticamente e visualizados pela Equipe da Ouvidoria para análise e monitoramento.

O formulário ficará acessível às operadoras do primeiro dia útil do ano até o décimo quinto dia do mês de abril de cada ano.

Preenchimento do formulário

O formulário eletrônico possui quase todos os campos de preenchimento obrigatório. Caso a operadora não tenha ocorrência em algum campo obrigatório deverá preenchê-lo com o número zero (0).

O formulário é composto por seis seções; portanto, para auxiliar no seu preenchimento há a possibilidade de impressão de todos os campos na primeira página (canto superior direito).

A primeira página do formulário diz respeito à identificação da operadora, cujos campos são de preenchimento obrigatório. O campo Registro ANS possui controle de informação única, ou seja, esse campo permitirá um único preenchimento para cada Registro ANS informado.

Após essa página será fornecido o número de protocolo do formulário em uma janela pop-up. Alguns navegadores possuem a opção de bloqueio automático dessa janela - orienta-se sua habilitação para que o número do protocolo seja anotado, ou aguardar o final do preenchimento do formulário para obter novamente esse número, ou ainda, tê-lo registrado ao imprimir o formulário. Destaca-se que o número de protocolo é apresentado em todas as páginas de navegação do formulário, abaixo dos comandos "voltar", "avançar" e "interromper" ou "gravar".

O formulário poderá ter seu preenchimento interrompido a qualquer tempo. A próxima página, após a interrupção, conterá mensagem de formulário recebido com sucesso e link de acesso para continuidade do preenchimento e alterações futuras. Todas as informações preenchidas, data e hora da criação do formulário, data e hora de atualização, que são referentes à interrupção, e cabeçalho contendo número de protocolo e opção de impressão, também são apresentados.

A finalização completa do formulário ocorrerá com a "gravação" das informações na função "gravar". Mesmo após sua finalização é possível realizar atualizações e correções do formulário, por meio de link de alteração e inserção do número de protocolo, desde que realizadas até o décimo quinto dia de abril.

Qualquer dúvida relacionada ao formulário eletrônico poderá ser dirimida por meio do link "clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário" dentro desse ou endereço eletrônico reaouvidorias@ans.gov.br.

Conselho de Saúde Suplementar – CONSU

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 1, DE 22 DE MAIO DE 2000[1]

Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivas a assistência de saúde suplementar, delega competência à ANS para atos que menciona, e dá outras providências.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência que lhe é conferida e,
Considerando o disposto no art. 35-A da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998,
Considerando que a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, como órgão de regulação e normatização, deve assegurar a eficácia do controle e da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde, conforme dispõe a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000;
Considerando, ainda, as razões de estrito cumprimento dos princípios político-normativo e de interesse social e público;

RESOLVE:

Art. 1º As infrações de que trata a Lei nº 9.656, de 1998, serão punidas com as sanções por ela estabelecidas, na forma disciplinada por esta resolução, sem prejuízo da aplicação de outras penalidades previstas em lei.
Art. 2º As infrações aos dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, e seus regulamentos sujeitam as operadoras dos produtos definidos no inciso I e no §1º do art. 1º desta lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades:
I – advertência;
II – multa;
III – suspensão do exercício do cargo;
IV – inabilitação temporária para o exercício de cargos, cargos em direção ou em conselhos das operadoras a que se refere a Lei nº 9.656, de 1998;
V – cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão.
Art. 3º Fica delegada competência à Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, para expedir atos normativos, visando disciplinar os procedimentos necessários ao cumprimento do disposto nesta resolução, obedecidos os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da economia processual.
Art. 4º O ato normativo a ser expedido pela ANS conterá dispositivos que estabeleçam em especial:
I – a tipificação das práticas infrativas com as respectivas penalidades;
II – a adoção de formas simples de aplicação de penalidades, proporcionais ao grau do descumprimento dos preceitos da legislação aplicada aos planos privados de assistência à saúde;
III – a fixação dos valores das multas simples, até o limite de R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais) por infração;
IV – a fixação dos valores de multas diárias observado o disposto no §6º do art. 19 da Lei nº 9.656, de 1998;
V – o prazo para recolhimento das multas;
VI – a cominação e aplicação das penalidades;
VII – a previsão de aplicação de penalidade no caso de reincidência de infração específica ou não;
VIII – a previsão de circunstâncias atenuantes e agravantes;
IX – a indicação do contraditório e da ampla defesa; e
X – a designação da autoridade competente para instruir, julgar, decidir e aplicar penalidades em processo administrativo.
Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

PEDRO PARENTE

[1] Publicada no DOU em 23/05/2000, seção 1, p. 24.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 04, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998[1]

Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.[2]

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, RESOLVE:

Art. 1º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:
I – "segmentação" – cada um dos tipos de planos previstos nos incisos de I a IV do art. 12 da Lei 9656/98;
II – "data base" ou "data de renovação do contrato"- data de aniversário do contrato;
III – "vigência do contrato"- a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato, considerando cumulativamente os períodos de dois ou mais planos equivalentes, quando sucessivos numa mesma operadora, independente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão;
IV – "cobertura parcial temporária"- aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato e relativas as alíneas abaixo:
a) quaisquer doenças específicas;
b) coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
c) doenças e lesões preexistentes.
V – "agravo"- qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde.
Art. 2º O prazo para adaptação dos contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9.656/98, previsto no §1º do art. 35, deverá ser o do vencimento da periodicidade do contrato quando de sua assinatura;
§1º A critério do contratante, o contrato poderá ser renovado, mantidas as condições anteriores à Lei nº 9.656/98, desde que seu prazo de vigência seja, no máximo, até 02 de dezembro de 1999, conforme dispõe o §1º do artigo 35 da referida Lei.
§2º O prazo citado no *caput* deste artigo somente poderá ser antecipado por opção única e exclusiva do contratante, no caso de contratos individuais ou por opção da empresa contratante, no caso dos contratos coletivos.
§3º O prazo limite para que o consumidor possa adaptar seu contrato à nova legislação com as garantias previstas no §2º do artigo 35, obedecerá o previsto no §1º do mesmo artigo da Lei nº 9.656/98 que expira em 02 de dezembro de 1999.
Art. **3º** Os contratos deverão ser adaptados às coberturas previstas em regulamentação específica para uma ou mais das segmentações de que trata o art. 12 da Lei nº 9.656/98, inclusive adequando os valores das contraprestações em função de suas abrangências, observado os casos especiais tratados nesta regulamentação.
§1º Aos preços dos contratos não é permitido agravo em função da cobertura à doenças e lesões preexistentes.
§2º Os contratos em vigor há 5 (cinco) anos ou mais e os contratos que não possuem cláusula de exclusão de doenças e lesões preexistentes, doenças específicas e/ou coberturas estabelecidas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações específicas, não são passíveis de exclusões e nem de cobertura parcial temporária.
Art. 4º Os contratos em vigor há menos de 5 (cinco) anos, que possuam cláusula de exclusão de doenças específicas e/ou coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, conforme regulamentações específicas e/ou doenças e lesões preexistentes, são passíveis de cláusula de cobertura parcial temporária.

[1] Publicada no DOU em 04/11/1998, seção 1, p. 28.
[2] Vide também RN Nº 64/2003.

Parágrafo único. Os prazos para cobertura parcial temporária obedecerão o critério de tempo de vigência do contrato à data da sua adaptação na forma a seguir:
I – os contratos com 18 (dezoito) meses ou mais de vigência na data de sua adaptação, estarão sujeitos à cobertura parcial temporária definida no inciso IV do artigo 1º desta resolução, por um período máximo de 06 (seis) meses, devendo o valor da contraprestação pecuniária, após o cumprimento do prazo, ser idêntico ao praticado pela operadora para os contratos referente a segmentação;
II – os contratos com períodos inferiores a 18 (dezoito) meses de vigência na data de sua adaptação, estarão sujeitos à cobertura parcial temporária definida no inciso IV do artigo 1º desta resolução, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência dos contratos, devendo o valor da contraprestação pecuniária, após o cumprimento do prazo, ser idêntico ao praticado pela operadora para os contratos referente a segmentação.
Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos existentes anteriores à vigência da Lei nº 9.656/98.
Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 06, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998[1]

Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e, considerando o disposto no art. 15 da referida Lei, resolve:

Art. 1º Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se as 07 (sete) faixas discriminadas abaixo:[2]
I – 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade;
II – 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade:
III – 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
IV – 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
V – 50 (cinqüenta) a 59 (cinqüenta e nove) anos de idade;
VI – 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
VII – 70 (setenta) anos de idade ou mais.
Art. 2º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão adotar por critérios próprios os valores e fatores de acréscimos das contraprestações entre as faixas etárias, desde que o valor fixado para a última faixa etária, não seja superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, obedecidos os parâmetros definidos no art. 1º desta Resolução.[3]
§1º A variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98.
§2º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior deverá considerar cumulativamente os períodos de dois ou mais planos ou seguros, quando sucessivos e ininterruptos, numa mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.
§3º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde podem oferecer produtos que tenham valores iguais em faixas etárias diferentes.
Art. 3º É vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor.
Art. 4º O valor atribuído de contraprestação para cada faixa etária dos titulares e dependentes, dentro do limite previsto nos artigos anteriores, deverá ser previamente esclarecido e constar expressamente do instrumento contratual.
Art. 5º Na adaptação dos contratos em vigor aos critérios estabelecidos na Lei nº 9.656/98, observado o prazo previsto no §1º do artigo 35 da referida Lei, fica vedado às operadoras de planos e seguros obterem receitas adicionais, mediante a readequação das contraprestações pecuniárias em decorrência da aplicação dos parâmetros e critérios de variação de faixa etária estabelecidos nesta Resolução.
Art. 6º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.
Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

[1] Publicada no DOU em 04/11/1998, seção 1, p. 29.
[2] O art. 1º está alterado conforme CONSU nº 15/1999.
[3] O art. 2º está alterado conforme CONSU nº 15/1999.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 08, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998[1]

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do §1º do art. 1º da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

§1º As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.

§2º As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e co-participação, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado.

§3º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor. [2]

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

I – qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;

II – qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;

III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

IV – estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;

V – utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;

VI – negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora; [3]

VII – estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII – estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental;

IX – Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada.[4]

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I – "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único. Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente

[1] Publicada no DOU em 04/11/1998, seção 1, p. 29.

[2] O art. 1° está alterado conforme CONSU n° 15/1999.

[3] O inciso IV do art. 2° está alterado conforme CONSU n° 15/1999.

[4] O art. 2° passa a vigorar acrescido do inciso IX conforme CONSU n° 15/1999.

em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98.

Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I – informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II – encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III – fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV – garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V – garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998[1]

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e, resolve:

Art. 1º A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art. 35D, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.
Art. 2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.
Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.
Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
§1º No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
§2º No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
§3º Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.
Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.
Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art. 2º para o plano ambulatorial.
Art. 5º O plano ou seguro referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.
Art. 6º Nos contratos de plano hospitalar e do plano e seguro referência que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais no art. 2º desta Resolução.
Art. 7º A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.
§1º Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus.

[1] Publicada no DOU em 04/11/1998, seção 1, p. 32.

§2º Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento.[1]
§3º Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.
§4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no §2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.[2]
Art. 8º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.
Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

[1] O §2º do art. 7º está alterado conforme CONSU nº 15/1999.
[2] O art. 7º passa a vigorar acrescido do §4º conforme CONSU nº 15/1999.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 14, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998[1]

Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.[2]

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar RESOLVE:

Art. 1º Classifica para fins de contratação dos planos ou seguros de assistência à saúde a serem comercializados pelas operadoras, visando a aplicação das disposições contidas nos dispostos no art. 11, art. 12 inciso V, art.13, art.16 e art. 35-H da Lei n° 9.656/98, segmentando-os em:

a. contratação individual ou familiar;

b. contratação coletiva empresarial; e

c. contratação coletiva por adesão.

Parágrafo único. Conforme art. 1°, inciso II, § 2° da Lei 9656/98, sujeitam-se a esta Resolução as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

Art. 2º Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação individual, aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

Parágrafo único. Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

Art. 3° Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica.

§1º - O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

§2º - O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

§3º - A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica de que trata o caput, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o § 1º deste artigo.

Art. 4° Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, conforme caracterizado no parágrafo único do art. 2°.

Art. 5° A contratação de plano ou seguro de assistência à saúde nas segmentações definidas em conformidade com esta Resolução, no que se refere às coberturas de doenças preexistentes e aos períodos de carência, deverá observar as seguintes condições:

I. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação individual ou familiar, poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, além de ser facultada a exigência de cumprimento de prazos de carência nos termos da Lei n° 9.656/98.

II. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinqüenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

III - No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinqüenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial

[1] Publicada no DOU em 04/11/98.

[2] Esta norma foi revogada pela RN nº 195/2009; no entanto, optou-se por mantê-la, em virtude dos contratos regulamentados ainda vigentes não ajustados àquele ato normativo.

temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, e será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.[1]

IV. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com numero de participantes maior ou igual que 50 (cinqüenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica e poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.

V. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com numero de participantes menor que 50 (cinqüenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, e a exigência de cumprimento de prazos de carência.

Art. 6° Para efeito do art. 13 da Lei n° 9.656/98, no plano ou seguro coletivo, empresarial ou por adesão, poderá também ocorrer a denúncia unilateral por motivos de inelegibilidade, ou de perda dos direitos de titularidade ou dependência, desde que previstos em regulamento e contrato, e ainda ressalvados os dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei acima referida.

Art. 7° Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 8° Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

[1] Redação dada pela Resolução CONSU nº 15/1999.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 16, DE 23 DE MARÇO DE 1999[1]

Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei 9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde.

O Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9.656 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar resolve:

Art. 1º Para fins de aplicação da disposição contida nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, e da Resolução do CONSU de nº 10[2], de 03 de novembro de 1998, referente a obrigatoriedade de oferecimento do Plano Referência, e/ou de suas segmentações, são isentos desta obrigação as entidades que se enquadrem nas modalidades de autogestão, conforme Resolução do CONSU nº 5, de 03 de novembro de 1998, desde que possuam atendimento preponderantemente realizado, ou suportado por serviços assistenciais próprios, ambulatoriais e/ou hospitalares e desde que toda e qualquer assistência seja oferecida gratuitamente, sem qualquer ônus, à totalidade de seu quadro associativo, de usuários ou de beneficiários destes serviços.

§1º A isenção de que trata este artigo refere-se apenas à extensão das coberturas assistenciais do plano ofertado, com relação às segmentações de planos e ao rol mínimo de procedimentos de que trata a Resolução CONSU nº 10, de 03 de novembro de 1998, devendo as empresas atender às demais disposições legais, especialmente àquelas referentes ao registro de operadora e planos, ressarcimento ao SUS, carências, doenças e lesões pré existentes, inexistência de limites de prazos de internação ou de quantitativos máximos de procedimentos, entre outras.

§2º Entende-se por oferecimento gratuito do benefício, a inexistência de ônus ou contribuição financeira, desconto salarial ou doação, por parte dos beneficiários, não sendo prevista qualquer contraprestação financeira do usuário, direta ou indireta, sob qualquer título, seja em pré ou pós pagamento, fator moderador ou outra denominação.

§3º A isenção de que trata este artigo deverá ser obtida mediante requerimento próprio ao Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, comprovando o caráter de graciosidade do benefício oferecido e detalhando a existência de suporte assistencial, ambulatorial e/ou hospitalar, próprios.

Art. 2º Estão ainda isentos do cumprimento das obrigações previstas nos arts. 10 e 12 da Lei 9656/98, no que diz respeito ao plano referência e às segmentações mínimas, as operadoras que atuem especificamente no ramo de odontologia.

Parágrafo único. A isenção de que trata este artigo não isenta a operadora do cumprimento das demais obrigações previstas na Lei, devendo ser observado o rol de procedimentos de que trata a Resolução CONSU nº 10 de 03 de novembro de 1998.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

[1] Publicada no DOU em 25/03/1999, seção 1, p. 17.

[2] A CONSU nº 10 foi revogada pela RN Nº 167/2008.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 19, DE 23 DE MARÇO DE 1999[1]

Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.

O Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar. CONSIDERANDO a importância da manutenção da assistência à saúde aos consumidores de planos coletivos, resolve:

Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.
§1º Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.
§2º Incluem-se no universo de usuários de que trata o *caput* todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.
Art. 2º Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento.
Parágrafo único. O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o *caput*.
Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.
Art. 4º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos firmados durante a vigência da Lei nº 9.656/98 que estiveram ou forem adaptados à legislação.
Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

[1] Publicada no DOU em 25/03/1999, seção 1, p. 19.

Enunciados da Saúde Suplementar

ENUNCIADOS APROVADOS - I JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

ENUNCIADO N.º 20
A inseminação artificial e a fertilização "in vitro" não são procedimentos de cobertura obrigatória pelas empresas operadoras de planos de saúde, salvo por expressa iniciativa prevista no contrato de assistência à saúde.

ENUNCIADO N.º 21
Nos contratos celebrados ou adaptados na forma da Lei n.º 9.656/98, recomenda-se considerar o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elencados nas Resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ressalvadas as coberturas adicionais contratadas.

ENUNCIADO N.º 22
Nos planos coletivos deve ser respeitada a aplicação dos índices e/ou fórmulas de reajuste pactuados, não incidindo, nestes casos, o índice da Agência Nacional de Saúde Suplementar editados para os planos individuais/familiares.

ENUNCIADO N.º 23
Nas demandas judiciais em que se discutir qualquer questão relacionada à cobertura contratual vinculada ao rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, recomenda-se a consulta, pela via eletrônica e/ou expedição de ofício, a esta agência Reguladora para os esclarecimentos necessários sobre a questão em litígio.

ENUNCIADO N.º 24
Cabe ao médico assistente, a prescrição terapêutica a ser adotada. Havendo divergência entre o plano de saúde contratado e o profissional responsável pelo procedimento médico, odontológico e/ou cirúrgico, é garantida a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo consumidor, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais, cuja remuneração ficará a cargo da operadora.

ENUNCIADO N.º 25
É abusiva a negativa de cobertura de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade relacionados à doença e lesão preexistente, quando o usuário não tinha conhecimento ou não foi submetido a prévio exame médico ou perícia, salvo comprovada má-fé.

ENUNCIADO N.º 26
É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental.

ENUNCIADO N.º 27
As Resoluções n.º 1956/2010 Conselho Federal de Medicina e n.º 115/2012 do Conselho Federal de Odontologia e o rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes na Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas alterações, são de observância obrigatória.

ENUNCIADO N.º 28
Nas decisões liminares para o fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais – OPME, o juiz deve exigir a descrição técnica e não a marca específica e/ou o fornecedor, em consonância com o rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes na ANS e na Resolução n. 1956/2010 do CFM, bem como a lista de verificação prévia sugerida pelo CNJ.

ENUNCIADO N.º 29
Na análise de pedido para concessão de tratamento, medicamento, prótese, órtese e materiais especiais, os juízes deverão considerar se os médicos ou os odontólogos assistentes observaram a eficácia, a efetividade, a segurança e os melhores níveis de evidências científicas existentes. Havendo indício de ilícito civil, criminal ou ético, deverá o juiz oficiar ao Ministério Público e a respectiva entidade de classe do profissional.

ENUNCIADO N.º 30
É recomendável a designação de audiência para ouvir o médico ou o odontólogo assistente quando houver dúvida sobre a eficiência, a eficácia, a segurança e o custoefetividade da prescrição.

ENUNCIADO N.º 31
Recomenda-se ao Juiz a obtenção de informações do Núcleo de Apoio Técnico ou Câmara Técnica e, na sua ausência, de outros serviços de atendimento especializado, tais como instituições universitárias, associações profissionais, etc.

ENUNCIADO N.º 32
No juízo de admissibilidade da petição inicial (artigos 282 e 283 do CPC) o juiz deve, sempre que possível, exigir a apresentação de todos os documentos relacionados com o caso do paciente, tais como: doença; exames essenciais, medicamento ou tratamento prescrito; dosagem; contraindicação; princípio ativo; duração do tratamento; prévio uso dos programas de saúde suplementar; indicação de medicamentos genéricos, entre outros, bem como o registro da solicitação à operadora e/ou respectiva negativa.

ENUNCIADO N.º 33
Recomenda-se aos magistrados e membros do Ministério Público, da Defensoria Pública e aos Advogados a análise dos pareceres técnicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar* e da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)** para auxiliar a prolatação de decisão ou a propositura da ação.

ENUNCIADO N.º 34
Os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos e eventos listados na Lei 9.656/98 e no rol de procedimentos e eventos em saúde, solicitados por cirurgiões-dentistas ou odontólogos, são de cobertura obrigatória quando vinculados a eventos de natureza odontológica, desde que constante do contrato, bem como observada segmentação contratada.

ENUNCIADO N.º 35
Nos planos coletivos, contratados a partir da vigência da Resolução Normativa n. 195/09 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em que não for comprovado o vínculo entre o consumidor e a pessoa jurídica contratante na forma da regulamentação da ANS, o tipo de contratação do consumidor cujo vínculo não for comprovado, deve ser considerado individual para efeitos de rescisão e reajuste, não se aplicando aos planos das empresas e entidades de autogestão.

ENUNCIADO N.º 36
O tratamento das complicações de procedimentos médicos e cirúrgicos decorrentes de procedimentos não cobertos, tem obrigatoriedade de cobertura, respeitando-se as disposições do Rol de procedimentos e eventos em saúde editado pela ANS e as segmentações contratadas.

ENUNCIADOS APROVADOS - II JORNADA DE DIREITO DA SAÚDE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

ENUNCIADO N. 62
Saúde Suplementar -Para fins de cobertura assistencial, o conceito de urgência e emergência deve respeitar a definição legal contida no art. 35-C, Lei Federal 9.656/98.

ENUNCIADO N. 63
Saúde Suplementar -O deferimento de cirurgia bariátrica em tutela de urgência sujeita-se à observância das diretrizes constantes da Resolução CFM nº 1942/2010 e de outras normas que disciplinam a matéria.

ENUNCIADO N. 64
Saúde Suplementar -A atenção domiciliar não supre o trabalho do cuidador e da família, e depende de indicação clínica e da cobertura contratual.

ENUNCIADO N. 65
Saúde Suplementar -Não é vedada a intervenção de terceiros nas demandas que envolvam plano de saúde.

Índice Remissivo

Adaptação e migração de contratos	CONSU 4; RN 186; RN 254; IN/DIPRO 19; e IN/DIPRO 41
Administradora de benefícios	RN 195; RN 196; RN 203; e IN/DIOPE 33
Administradores	RN 276; e RN 311
Advertência	RN 124
Agravo	RN 162
Aposentados e demitidos	Lei 9656, arts. 30 e 31; RN 279; e IN/DIPRO 23, Anexo I
Ativos garantidores	RN 94; RN 159; RN 203; e RN 227
Autogestão	RN 137; RN 159; RN 272; e RN 315
Autorização de funcionamento	RN 85
Beneficiários (SIB)	RN 295; e IN/DIDES 50
Bonificação/bônus	Súmula Normativa 7; IN/DIPRO 23; RN 264 e RN 265
Carteira de beneficiários/Alienação	RN 112
Caução para atendimento	RN 44
Classificação e segmentação das operadoras	RDC 39; RN 137 e RN 159
Contratação	RN 195; RN 279; RN 309; e IN/DIPRO 23
CPT – Cobertura Parcial Temporária	Vide Agravo
Declaração de saúde	Vide Agravo
Demitido	Vide Aposentados e demitidos
DIOPS	RN 173; e RN 274
Direção fiscal e técnica	RN 256; e IN/DIPRO 31
Enunciados DIFIS	IN/DIFIS 5
Faixas etárias	RN 63; CONSU 6; e Súmula Normativa 3
Informações médicas	RN 21; e RN 255
Lavagem de dinheiro	RN 117
Liquidação extrajudicial	RN 316
Material publicitário	RN 16
Mecanismos de regulação	CONSU 8
Multas	RN 124
Nota Técnica de Registro de Produto	RDC 28; RN 183; e RN 186
NIP - Notificação de Intermediação Preliminar	RN 48; e RN 343
Ouvidoria	RN 323; IN/DICOL 2
Parcelamento de débitos	RN 4; IN/DIGES 1; e IN/DIDES nº 4
Penalidades	Súmula Normativa 1; RE/DIFIS 3; e RN 124
Plano de contas	RN 290; e RN 344
Plano de recuperação	RN 307; RN 256; e IN/DIPRO 31

Plano não regulamentado	RN 56; RN 254; e IN/DIPRO 41
Plano referência	Lei 9656, art. 10; e RDC 7
Preexistência	Vide Agravo
Prestadores	Lei 9656, arts. 17 e 18; RN 44; RN 190; RN 259; RN 267; RN 275, RN 285; RN 363, RN 364, RN 365 e IN/DIDES 49; 52 e 56; IN/DIPRO nº 46.
Processo administrativo sancionador	RN 48; RN 124; Súmula Normativa 4; e vide TCAC
Programa de Conformidade Regulatória	RN 278
Qualidade na Saúde Suplementar	RN 139; RN 267; RN 275; e RN 277; e IN/DIGES 15
Reajuste	IN/DIPRO 13; Súmula Normativa 5; Súmula Normativa 6; RDC 66; RN 8; RN 36; RN 74; RN 99; RN 128; RN 156; RN 171; ou Vide Faixas Etárias
Recém-Nascido	Lei 9656, art. 12, III, "b"; e Súmula Normativa 25
Reembolso	Lei 9656, art. 12, VI; IN/DIPRO 23; e RN 259
Registro de Produtos	RN 85; IN/DIPRO 22; e IN/DIPRO 23
Remoção	Lei 9656, art. 12, II, "e"; e CONSU 13
Ressarcimento ao SUS	RN 358/2014; RN 367/2014 e IN/DIDES 54
Rol de procedimentos e eventos	RN 338
SIB – Sistema de Informações de Beneficiários	Vide Beneficiários
SIP – Sistema de Informações de Produtos	RN 205; e RN 274
Sistema de desconto – Cartão de desconto	Comunicado 8; Comunicado 9; e RN 40
Taxa de Saúde Suplementar	Lei 9961; RN 1; RN 89; RN 103; ou vide Parcelamento de débitos
TCAC – Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta	RN 372
TISS – Troca de Informações em Saúde Suplementar	RN 305; IN/DIDES 20 e 51
Transplantes	RN 338
Transtornos psiquiátricos	Vide Transplantes
Urgência e emergência	Lei 9656, arts. 12 e 35-C; e CONSU 13

www.unimed.coop.br/parana
Rua Antonio Camilo, 283
82530-450 Tarumã, Curitiba-PR
T. (41) 3219-1500 **SAC** 0800 41 4554
Deficientes auditivos 0800 642 2009
Ouvidoria www.unimed.coop.br/parana/canaisderelacionamento

ANS - nº 312720

