

LEI DOS PLANOS DE SAÚDE 9656/98

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:

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 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

Art. 3o Revogado

Art. 4o Revogado

Art. 5o Revogado

Art. 6o Revogado

Art. 7o Revogado

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:

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 enfermagem, 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:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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;

VII - 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.

§ 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 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.

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. 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.

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;

II - quando incluir internação hospitalar:

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;

d) 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;

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;
- c) 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, credenciados ou referenciados 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.

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 quinquagésimo 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.

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, 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:

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.

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

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

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;

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.

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.

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

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos

a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica; II - nome fantasia;

III - CNPJ; IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

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

I - razão social da operadora ou da administradora; II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

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

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

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

§ 7o As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998,

estão sujeitas aos registros de que trata o § 1o deste artigo.

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.

§ 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 I, 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.

§ 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.

§ 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 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.

§ 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 I, 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.

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:

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 consequência 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.

Art. 28. Revogado

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.

§ 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:

- 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.

§ 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. 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.

§ 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 e 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 art. 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.

§ 1o O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 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 décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à

entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 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 fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2o deste artigo.

§ 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.

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.

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.

§ 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 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim 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 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:

I - 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;

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 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. 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.

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 consequência 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 responsabilidades 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 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

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornéla
José Serra

Resolução CONSU n.º 08 (publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04.11.98)

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 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 O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei n.º 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 nos códigos de ética profissionais, na Lei n.º 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 ou seguros privados

de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor.

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 de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;

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.

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 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 nº9656/98

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

Resolução CONSU n.º 20
(publicada no DO nº 65-E - quarta feira, 07.04.99)

Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei n.º 9.656/98.

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. 1.º Para efeito do Art. 30 da Lei n.º 9.656/98, aplicam-se as disposições desta resolução ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, e foi desligado, da empresa empregadora a partir de 02 de janeiro de 1999.

Art. 2.º Para manutenção do exonerado ou demitido como beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, as empresas empregadoras devem oferecer plano próprio ou contratado e as empresas operadoras ou administradoras de planos ou seguros de assistência à saúde devem oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, plano de assistência à saúde para ativos e exonerados ou demitidos.

§ 1.º – É facultada a manutenção em um mesmo plano, para ativos e exonerados ou demitidos, desde que a decisão seja tomada em acordo formal firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos.

§ 2.º – No caso de manterem-se planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados ou administrados por terceiros, é obrigatório que a empresa empregadora firme contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão para os ativos e coletivo por adesão para os inativos, em

nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única empresa operadora ou administradora, ressalvado o disposto no § 3.º a seguir, devendo também o plano de inativos abrigar o universo de aposentados.

§ 3.º - É facultado à empresa operadora ou administradora de planos ou seguros de assistência à saúde que não dispuser de plano coletivo por adesão, firmar parceria com uma outra operadora ou administradora que disponha dessa modalidade de plano.

§ 4.º – No caso de empresa de autogestão, qualificada conforme Resolução CONSU n.º 5/98, que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratar esse tipo de plano de operadora ou de administradora de planos ou seguros de assistência à saúde, ou ainda de outra congênere que possua plano que abrigue o contingente de inativos.

§ 5.º – A empresa de autogestão que absorver o universo de beneficiários de uma congênere deve observar como limite de usuários absorvidos a quantidade equivalente de beneficiários de seu plano próprio.

§ 6.º – O exonerado ou demitido de que trata o Art. 1.º, deve optar pela manutenção do benefício aludido no caput, no prazo máximo de trinta dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

§ 7.º – O exonerado ou demitido, a seu critério e segundo regulamento do plano, contrato ou apólice coletiva, pode permanecer no plano por prazo indeterminado, considerando como condição mínima o contido no § 5.º do Art. 30 da Lei n.º 9.656/98.

§ 8.º – No caso de plano administrado ou operado por terceiros, os contratos entre empresas empregadora e operadora ou administradora de plano ou seguro de assistência à saúde deverão ser repactuados até a data do vencimento do contrato vigente.

§ 9.º – No caso de encerramento ou cancelamento de qualquer um dos dois planos de que trata o § 2.º deste artigo, o outro também deverá ser encerrado ou cancelado, observando, no que couber, resolução n.º 19 deste Conselho sobre manutenção da assistência aos beneficiários de planos coletivos encerrados ou cancelados.

Art. 3.º Fica estabelecido o prazo de até quatorze meses do início da vigência desta resolução para o funcionamento dos planos de que trata o Art. 2.º, observado o disposto nos parágrafos a seguir.

§ 1.º – No caso de empresa de autogestão, o processo de criação do plano de inativos de que trata o Art. 2.º deverá ser concluído até a data - base da categoria profissional a qual o ex-empregado está vinculado.

§ 2.º – Para que a assistência não seja interrompida, o exonerado ou demitido

de que trata o Art. 1.º, terá garantido o direito de permanecer no plano de ativos até o início do funcionamento do plano que abrigue o universo de inativos.

§ 3.º - Quando o plano de ativos do qual o exonerado ou demitido é oriundo adotar sistema de pré - pagamento, o ex-empregado passa a assumir integralmente o pagamento de sua participação no plano, a partir da data do seu desligamento.

§ 4.º – Quando o plano de ativos do qual o exonerado ou demitido é oriundo adotar sistema de pós-pagamento, o ex-empregado passa a assumir o pagamento de sua participação no plano, calculado pela média das doze últimas contribuições integrais, ou do número de contribuições se menores que doze, a partir da data do seu desligamento.

§ 5º - Quando o plano de ativos estabelecer franquia ou co-participação em eventos, ou contribuição diferenciada por faixa etária, ficam mantidas essas mesmas condições para o ex-empregado.

§ 6.º - Entende-se como contribuição ou pagamento integral, de que tratam os §§ 3.º e 4.º deste artigo, a soma das contribuições patronal e do empregado.

§ 7.º - O exonerado ou demitido de que trata o Art. 1.º, que tenha sido desligado no período compreendido entre 02 de janeiro de 1999 até a data desta resolução deverá, para ter assegurada sua opção ao benefício aludido no caput do Art. 2.º, requerê-la junto a sua antiga empresa empregadora no prazo máximo de trinta dias a contar da publicação desta resolução.

Art. 4.º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

Resolução CONSU n.º 21

(publicada no DO nº 65-E - quarta feira, 07.04.99)

Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98.

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. 1.º Para efeito do Art. 31 da Lei n.º 9.656/98, aplicam-se as disposições

desta resolução ao aposentado que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, observados os prazos estabelecidos no caput daquele artigo e o contido em seu § 1º, no mesmo plano ou seu sucessor e se desligou da empresa empregadora a partir de 02 de janeiro de 1999.

Art. 2.º Para manutenção do aposentado como beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, as empresas empregadoras devem oferecer plano próprio ou contratado e as empresas operadoras ou administradoras de planos ou seguros de assistência à saúde devem oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, plano de assistência à saúde para ativos e aposentados.

§ 1.º – É facultada a manutenção, em um mesmo plano, para ativos e aposentados, desde que a decisão seja tomada em acordo formal, firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos.

§ 2.º – No caso de manterem-se planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados ou administrados por terceiros, é obrigatório que a empresa empregadora firme contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão para os ativos e coletivo por adesão para os inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única empresa operadora ou administradora, ressalvado o disposto no § 3.º a seguir, devendo também o plano de inativos abrigar o universo de exonerados ou demitidos.

§ 3.º - É facultado à empresa operadora ou administradora de planos de assistência à saúde que não dispuser de plano coletivo por adesão para inativos, firmar parceria com uma outra operadora ou administradora que disponha dessa modalidade de plano.

§ 4.º – No caso de empresa de autogestão, qualificada conforme Resolução CONSU n.º 5/98, que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratar esse tipo de plano de operadora ou de administradora de planos ou seguros de assistência à saúde, ou ainda de outra congênera que possua plano que abrigue o contingente de inativos.

§ 5.º – A empresa de autogestão que absorver o universo de beneficiários de uma congênera deve observar como limite de usuários absorvidos a quantidade equivalente de beneficiários de seu plano próprio.

§ 6.º – O aposentado de que trata o artigo 1.º, deve optar pela manutenção do benefício aludido no caput, no prazo máximo de trinta dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

§ 7.º – O aposentado, a seu critério e segundo regulamento do plano, contrato ou apólice coletiva, pode permanecer no plano por prazo indeterminado, considerando como condição mínima o contido no § 5.º do Art. 30 da Lei n.º

9.656/98.

§ 8.º – No caso de plano administrado ou operado por terceiros, os contratos entre empresa empregadora e operadora ou administradora de plano ou seguro de assistência à saúde deverão ser repactuados até a data do vencimento do contrato vigente.

§ 9.º – No caso de encerramento ou cancelamento de qualquer um dos dois planos de que trata o § 2.º deste artigo, o outro também deverá ser encerrado ou cancelado, observando, no que couber, resolução nº 19 deste Conselho sobre manutenção da assistência aos beneficiários de planos coletivos encerrados ou cancelados.

Art. 3.º Fica estabelecido o prazo de até quatorze meses do início da vigência desta resolução para o funcionamento dos planos de que trata o Art. 2.º, observado o disposto nos parágrafos a seguir.

§ 1.º – No caso de empresa de autogestão, o processo de criação do plano de inativos de que trata o Art. 2.º deverá ser concluído até a data - base da categoria profissional a qual o ex-empregado está vinculado.

§ 2.º – Para que a assistência não seja interrompida, o aposentado de que trata o Art. 1.º, terá garantido o direito de permanecer no plano de ativos até o início do funcionamento do plano que abrigue o universo de inativos.

§ 3.º – Quando o plano de ativos do qual o aposentado é oriundo adotar sistema de pré – pagamento, o ex- empregado passa a assumir integralmente o pagamento de sua participação no plano, a partir da data de seu desligamento.

§ 4.º – Quando o plano de ativos do qual o aposentado é oriundo adotar sistema de pós-pagamento, o ex-empregado passa a assumir o pagamento de sua participação no plano, calculado pela média das doze últimas contribuições integrais, a partir da data de seu desligamento.

§ 5.º- Quando o plano de ativos estabelecer franquias ou co-participação em eventos, ou contribuição diferenciada por faixa etária, ficam mantidas essas mesmas condições para o ex-empregado.

§ 6.º – Entende-se como contribuição ou pagamento integral, de que tratam os §§ 3.º e 4.º deste artigo, a soma das contribuições patronal e do empregado.

§ 7.º - O aposentado de que trata o Art. 1.º, que tenha sido desligado no período compreendido entre 02 de janeiro de 1999 até a data desta resolução deverá, para ter assegurada sua opção ao benefício aludido no caput

do Art. 2.º, requerê-la junto a sua antiga empresa empregadora no prazo máximo de trinta dias a contar da publicação desta resolução.

Art. 4.º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando

as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 162, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007.

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, familiares ou coletivos com menos de 50 (cinquenta) beneficiários, observado o prazo previsto no art. 35 desta Resolução.

§ 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

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 , 11, espaçamento simples).

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 com menos de 50 (cinquenta) beneficiários, 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 adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no 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.

§ 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 conterà 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. 4

o 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 com menos de 50 (cinquenta) beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato.

§ 1º Somente será objeto de análise no processo administrativo a doença alegada pela Operadora.

§ 2º S erão 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 coletivos com 50 (cinquenta) ou mais beneficiários;

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.

§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, interpor 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:

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN n.º 195, DE 14 DE JULHO DE 2009

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 n.º 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 n.º 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 n.º 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.º 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:

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 n.º 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 a 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(NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

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. (NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

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. (NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

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. – texto alterado pela RN n.º 200/09

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; 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 - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de operadoras - DIOPE.

§ 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 consanguíneo, 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. (NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

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. – texto alterado pela RN n.º 200/09

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.

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 n.º- 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 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.

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 n.º 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 assumo 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 adesão aos planos individuais ou coletivos as operadoras deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

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 não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cômjuge e filhos do titular. – texto alterado pela RN n.º 200/09

Parágrafo único. A partir da confirmação pela operadora da reclassificação do registro dos produtos disposta no art. 27, os novos parâmetros passam a integrar os contratos aditados para atender as disposições desta resolução. (NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

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. – texto alterado pela RN n.º 200/09

§ 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. – texto alterado pela RN n.º 200/09

§ 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. (NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

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 n.º 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) – texto alterado pela RN n.º 200/09

"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. 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." (NR) – texto alterado pela RN n.º 200/09

"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) – texto alterado pela RN n.º 200/09

"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) – texto alterado pela RN n.º 200/09

Art. 30. Os §§ 2º, 4º e 8º dos artigos 2º, das Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar- CONSU n.º 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 congênera 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).

Art. 31. A Resolução Normativa n.º 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 n.º 20 e 21, de 7 de abril de 1999, e a Resolução CONSU n.º 14, de 3 de novembro de 1998.

Art. 34. Esta resolução entra em vigor trinta dias após sua publicação.

* A Resolução Normativa no 195, de 2009 e as alterações promovidas por esta resolução entrarão em vigor em 15 de outubro de 2009. – texto incluído pela RN n.º 200/09

FAUSTO PEREIRA DOS SANTO

Diretor Presidente

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 196, DE 14 DE JULHO DE 2009.

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.

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 de 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 n.º 64, de 16 de abril de 2001 e RDC n.º 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