



C0060090A

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO N.º 415, DE 2016

(Do Sr. Ivan Valente)

Susta a Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que aprovou, por unanimidade, o índice de reajuste máximo de 13,57% (treze inteiros e cinquenta e sete centésimos por cento) com vigência de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017 para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54,
RICD)

APRECIAÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL, no uso de suas atribuições e, com fundamento no artigo 49, inciso V, da Constituição Federal, decreta:

Art. 1º. Susta os efeitos da Decisão da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que aprovou, por unanimidade, o índice de reajuste máximo de 13,57% (treze inteiros e cinquenta e sete centésimos por cento) com vigência de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017 para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, previsto no artigo 2º da Resolução Normativa - RN nº 171, de 29 de abril de 2008, publicada no Diário Oficial da União no 06 de Junho de 2016.

Art. 2º. Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Justificativa

Atualmente, o modelo assistencial de saúde suplementar brasileiro inclui um contingente de quase 50 milhões de usuários. Em razão disso, cresce o dispêndio das famílias brasileiras que tem aderido aos Planos de Saúde privados no país, sem que elas recebam em troca um serviço de qualidade e de acordo com as normas vigentes no Código de Defesa do Consumidor e na Constituição brasileira.

Segundo o PROCON, os Planos de Saúde permaneceram, na última década, no topo do ranking de reclamações dos consumidores. Entre as reclamações que tem chegado a justiça, 88% tem obtido ganho de causa a favor do consumidor, comprovando a descumprimento das operadoras com suas obrigações contratuais, num contexto em que as causas reclamatórias dos consumidores contra os planos de saúde levam um tempo absurdo de 6 a 12 anos para serem julgadas.

Além do PROCON, o IDEC (Instituto Brasileiro de defesa do Consumidor), atuante desde 1987, tem apresentado dados inequívocos dos abusos cometidos pelos Planos de Saúde privados, não apenas contra os consumidores, mas também contra a classe dos médicos e demais trabalhadores da área da saúde. Entre as irregularidades apontadas pelo IDEC, destacam-se: o descumprimento por parte dos planos de saúde do prazo máximo para marcar consultas; a precariedade em relação à disponibilidade de profissionais na rede credenciada; presença de cláusulas abusivas nos contratos, que excluem ou limitam a cobertura de uma série de procedimentos.

De acordo com Leandro Farias, sanitarista e coordenador do Movimento Chega de Descaso, em 2014, a Agência Nacional de Saúde Suplementar recebeu 90.945 reclamações por parte dos usuários dos planos. Tais reclamações envolvem negativas de cobertura, reajustes abusivos, descumprimento de contratos, rescisão unilateral de contrato, entre outros abusos. Além disso, o setor de planos de

saúde apresenta lucro anual equivalente ao orçamento destinado à saúde pública, R\$ 100 bilhões, e detém uma dívida de mais de R\$ 2 bilhões com os cofres públicos¹.

Diante dessa situação, o Estado deveria ter uma atuação protagonista na regulamentação e punição dessas empresas. No entanto, de acordo com a Folha de São Paulo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar leva até 12 anos para analisar processos em que as operadoras de planos de saúde são acusadas de irregularidades contra seus clientes. Dos 765 processos analisados, 522 tramitavam havia cinco ou mais anos na ANS e 243 processos entre um e quatro anos. A demora faz com que punições sejam canceladas e multas reduzidas porque anos depois da abertura do processo regras foram extintas ou alteradas². Já levantamento feito pelo Estado de São Paulo em 2013, com base em dados oficiais, mostra que em 2011 e 2012 a ANS não recolheu nem 2,5% das multas aplicadas no período³.

O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme a lei nº 9.961/2000, que criou e regulamenta a sua atuação, tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País (art. 3º).

Nesse contexto de profunda precarização da saúde privada e de inúmeras violações de Direitos por parte dos planos de saúde, a ANS, que teria o dever legal de proteger os usuários dos planos de saúde, mais uma vez é alvo de duras críticas devido a recente decisão que autoriza o reajuste de até 13,57% nos planos de saúde.

De acordo com a decisão publicada no Diário Oficial da União, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o disposto no inciso IV, do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e o artigo 8º da Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008, em deliberação na 445ª Reunião de Diretoria Colegiada realizada em 01 de junho de 2016, aprovou por unanimidade o índice de reajuste máximo de 13,57% (treze inteiros e cinquenta e sete centésimos por cento) com vigência de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017 para as contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica.

¹Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=3181&tipo=acervo>

²Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/97864-ans-leva-ate-12-anos-para-julgar-operadoras.shtml>

³Disponível em: <http://opiniao.estadao.com.br/noticias/geral,multar-nao-e-com-a-ans,10000017766>

O percentual, válido para o período de 1º de maio de 2016 a 30 de abril de 2017, atinge cerca de 8,3 milhões de beneficiários – cerca de 17% do total de 48,5 milhões de consumidores de planos de assistência médica no Brasil. O índice atinge planos individuais e familiares. O reajuste de 13,57% é válido para os planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656/98, segundo a ANS. Ele só pode ser aplicado a partir da data de aniversário de cada contrato⁴.

O aumento de 2016 é o maior em mais de uma década. Para se ter ideia da autorização abusiva por parte da ANS, mais uma vez o teto do reajuste ficou acima da inflação. O Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), considerado a inflação oficial do país, acumulou 9,28% em 12 meses.

É importante destacar que os segurados a partir dos 60 anos são os que mais sofrem com os reajustes abusivos dos planos de saúde. O Jornal da Band denunciou que há um sistemático aumento nos planos de saúde de beneficiários idosos, penalizando ainda mais grupos socialmente mais vulneráveis⁵.

O IDEC (Instituto Brasileiro de defesa do Consumidor), renomado órgão de defesa do consumidor, denuncia:

Planos de saúde têm alta superior à inflação; diferença atinge quase 60% em 10 anos

ANS autoriza reajuste anual de até 13,57% para planos individuais/familiares, enquanto IPCA do período foi de 9,28%. Histórico de aumentos acima da inflação compromete cada vez mais renda do consumidor com o serviço.

Na última sexta-feira, 3, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou o índice máximo de reajuste autorizado para o reajuste anual de planos de saúde individuais/ familiares em 2016: 13,57%.

Assim como nos últimos 13 anos, o percentual fixado pela ANS está acima da inflação do período. Entre abril de 2015 e maio deste ano, o acumulado do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), indexador que mede o custo de vida dos brasileiros, foi de 9,28% - 4,29 pontos percentuais inferior ao reajuste autorizado pela agência.

Em 2015, o reajuste autorizado foi praticamente igual: 13,55%, enquanto o IPCA do período foi de 8,17%. Embora a diferença entre a alta de mensalidades e a inflação tenha diminuído, ela segue penalizando o consumidor. Só nesses últimos dois anos, os planos de saúde individuais

⁴Informações disponíveis em: <http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2016/06/ans-oficializa-reajuste-de-ate-1357-nos-planos-de-saude.html>

⁵ Matéria disponível no seguinte link:

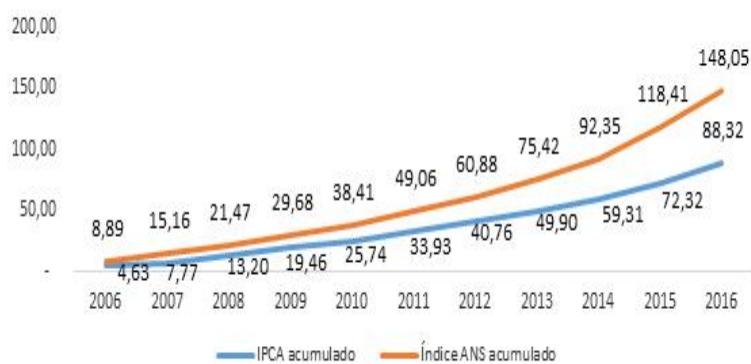
<http://noticias.band.uol.com.br/jornaldaband/videos/2016/06/06/15887035-planos-de-saude-tem-aumento-abusivo-para-idosos.html>

subiram praticamente 29%, enquanto a inflação acumulada ficou em 18,2% - ou seja, 10 pontos percentuais a menos.

Nos últimos 10 anos, a disparidade entre os aumentos autorizados pela ANS e a inflação acumulada é ainda mais gritante: entre 2006 e 2016, enquanto o IPCA acumulado foi de 88,32%, os reajustes autorizados pela ANS somam 148,05% - uma diferença de quase 60%! Veja o comparativo no gráfico abaixo.

“Com esse histórico de aumentos anuais acima da inflação, os planos de saúde estão comprometendo cada vez mais a renda do consumidor e a tendência é que a mensalidade torne-se impagável a longo prazo”, avalia Joana Cruz, advogada do Idec. “Esse descompasso onera o consumidor excessivamente e representa vantagem manifestamente excessiva às operadoras, condições vedadas pelo Código de Defesa do Consumidor”, completa.

Evolução dos índices dos planos de saúde (individual) da ANS em relação à inflação (IPCA) acumulados entre 2006 e 2016



Fonte: ANS e IBGE - Elaboração: Idec

Modelo questionável

De acordo com a especialista, o problema dos reajustes dos planos individuais reside na metodologia adotada pela ANS, que que leva em conta a média dos aumentos aplicados para os contratos coletivos, que não são regulados pela agência. “Na prática, o modelo acaba sendo o de autorregulação, já que o próprio mercado dita os reajustes”, diz Joana.

“Para o Idec, tanto os planos individuais/familiares quanto os coletivos deveriam ter um reajuste teto estipulado pela ANS e o índice deveria guardar relação com o custo de vida do consumidor - ou seja, similar à inflação”, conclui.

Entenda a aplicação do reajuste anual

- Em 2016, a mensalidade dos planos de saúde individuais/ familiares (contratados diretamente por uma pessoa física) podem sofrer um aumento anual de até 13,57%. O reajuste pode ser menor, mas nunca superior a esse índice.

- A regra vale para contratos celebrados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98 (Lei de Planos de Saúde).
- O aumento só pode ser aplicado a partir do mês de “aniversário” do contrato
- ou seja, no mês em que foi assinado. Caso o aniversário seja em maio ou junho, a cobrança pode ser retroativa, diluída a partir da mensalidade do mês de julho.
- Vale destacar que o plano pode sofrer **outros reajustes** além do anual, como reajuste por mudança de faixa etária (desde que o usuário tenha até 59 anos de idade).
- O reajuste máximo fixado pela ANS não vale para planos de saúde coletivos (contratados via empregador, associação ou sindicato). Os contratos coletivos com mais de 30 vidas podem fixar o aumento livremente, e aqueles com menos de 30 vidas têm um outro índice adotado pela ANS, ainda não divulgado este ano⁶.

Como se vê, trata-se de uma norma claramente contrária ao Código de Defesa do Consumidor e à Constituição Federal, em que a agência dita "reguladora" atua para atender aos interesses do mercado. Esta verdadeira proteção dada pela ANS aos planos de saúde não só anula seu papel de fiscalização e regulação do setor, como também confirma o que há tempos temos denunciado, junto com outros segmentos sociais que atuam na área da saúde e em defesa dos direitos dos consumidores: a ANS, cuja maioria do corpo executivo vem do setor privado de planos de saúde, não tem qualquer independência para regular o sistema de saúde suplementar no país.

A Constituição Federal garante que a Saúde é Direito de todos e dever do Estado (art. 196), a decisão da ANS é uma medida contrária ao interesse público e aos Direitos fundamentais da cidadania, sobretudo em tempos de crise econômica e desemprego, que visa punir ainda mais a população brasileira.

Por todo o exposto, considerando que a decisão colegiada da AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS) representa claro desrespeito à ordem constitucional (caracterizando, portanto, clara “exorbitância do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa”, conforme art. 49, V da Carta Magna), cabe ao Congresso Nacional, ouvindo a séria preocupação das inúmeras entidades que atuam na defesa do direito à saúde, com fundamento na Constituição Federal, sustar os referidos pontos da Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Sala das Sessões, em 07 de junho de 2016

IVAN VALENTE
Deputado Federal PSOL/SP

⁶ Disponível em: <http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/planos-de-saude-tem-alta-superior-a-inflaco-diferenca-atinge-quase-60-em-10-anos>

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

**CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988**

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

**TÍTULO IV
DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES**

**CAPÍTULO I
DO PODER LEGISLATIVO**

**Seção II
Das Atribuições do Congresso Nacional**

Art. 48. Cabe ao Congresso Nacional, com a sanção do Presidente da República, não exigida esta para o especificado nos arts. 49, 51 e 52, dispor sobre todas as matérias de competência da União, especialmente sobre:

- I - sistema tributário, arrecadação e distribuição de rendas;
- II - plano plurianual, diretrizes orçamentárias, orçamento anual, operações de crédito, dívida pública e emissões de curso forçado;
- III - fixação e modificação do efetivo das Forças Armadas;
- IV - planos e programas nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento;
- V - limites do território nacional, espaço aéreo e marítimo e bens do domínio da União;
- VI - incorporação, subdivisão ou desmembramento de áreas de Territórios ou Estados, ouvidas as respectivas Assembléias Legislativas;
- VII - transferência temporária da sede do Governo Federal;
- VIII - concessão de anistia;
- IX - organização administrativa, judiciária, do Ministério Público e da Defensoria Pública da União e dos Territórios e organização judiciária e do Ministério Público do Distrito Federal; (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 69, de 2012, publicada no DOU de 30/3/2012, produzindo efeitos 120 dias após a publicação*)

X – criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas, observado o que estabelece o art. 84, VI, b; (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, de 2001*)

XI – criação e extinção de Ministérios e órgãos da administração pública; (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, de 2001*)

XII - telecomunicações e radiodifusão;

XIII - matéria financeira, cambial e monetária, instituições financeiras e suas operações;

XIV - moeda, seus limites de emissão, e montante da dívida mobiliária federal.

XV - fixação do subsídio dos Ministros do Supremo Tribunal Federal, observado o que dispõem os arts. 39, § 4º; 150, II; 153, III; e 153, § 2º, I. (*Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998 e com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, de 2003*)

Art. 49. É da competência exclusiva do Congresso Nacional:

I - resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional;

II - autorizar o Presidente da República a declarar guerra, a celebrar a paz, a permitir que forças estrangeiras transitem pelo território nacional ou nele permaneçam temporariamente, ressalvados os casos previstos em lei complementar;

III - autorizar o Presidente e o Vice-Presidente da República a se ausentarem do País, quando a ausência exceder a quinze dias;

IV - aprovar o estado de defesa e a intervenção federal, autorizar o estado de sítio, ou suspender qualquer uma dessas medidas;

V - sustar os atos normativos do Poder Executivo que exorbitem do poder regulamentar ou dos limites de delegação legislativa;

VI - mudar temporariamente sua sede;

VII - fixar idêntico subsídio para os Deputados Federais e os Senadores, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I; (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*)

VIII – fixar os subsídios do Presidente e do Vice-Presidente da República e dos Ministros de Estado, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I; (*Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998*)

IX - julgar anualmente as contas prestadas pelo Presidente da República e apreciar os relatórios sobre a execução dos planos de governo;

X - fiscalizar e controlar, diretamente, ou por qualquer de suas Casas, os atos do Poder Executivo, incluídos os da administração indireta;

XI - zelar pela preservação de sua competência legislativa em face da atribuição normativa dos outros Poderes;

XII - apreciar os atos de concessão e renovação de concessão de emissoras de rádio e televisão;

XIII - escolher dois terços dos membros do Tribunal de Contas da União;

XIV - aprovar iniciativas do Poder Executivo referentes a atividades nucleares;

XV - autorizar referendo e convocar plebiscito;

XVI - autorizar, em terras indígenas, a exploração e o aproveitamento de recursos hídricos e a pesquisa e lavra de riquezas minerais;

XVII - aprovar, previamente, a alienação ou concessão de terras públicas com área superior a dois mil e quinhentos hectares.

Art. 50. A Câmara dos Deputados e o Senado Federal, ou qualquer de suas Comissões, poderão convocar Ministro de Estado ou quaisquer titulares de órgãos diretamente subordinados à Presidência da República para prestarem, pessoalmente, informações sobre assunto previamente determinado, importando crime de responsabilidade a ausência sem justificação adequada. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Emenda Constitucional de Revisão nº 2, de 1994*)

§ 1º Os Ministros de Estado poderão comparecer ao Senado Federal, à Câmara dos Deputados ou a qualquer de suas comissões, por sua iniciativa e mediante entendimentos com a Mesa respectiva, para expor assunto de relevância de seu Ministério.

§ 2º As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal poderão encaminhar pedidos escritos de informação a Ministros de Estado ou a qualquer das pessoas referidas no *caput* deste artigo, importando em crime de responsabilidade a recusa, ou o não atendimento, no prazo de trinta dias, bem como a prestação de informações falsas. (*Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional de Revisão nº 2, de 1994*)

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção II Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 171, DE 29 DE ABRIL DE 2008

Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos XVII, XXI e XXXI do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e tendo em vista o disposto na Portaria nº 421, de 23 de dezembro de 2005, do Ministério da Fazenda, em reunião realizada em 29 de abril de 2008, e considerando a política de controle da evolução de preços adotada pela ANS, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A partir de maio de 2008, os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas, obedecerão ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Os planos médico-hospitalares incluem os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CAPÍTULO II DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, sujeitos à autorização de reajuste

Subseção I Da Solicitação de Autorização para Reajuste

Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 3º As operadoras que não aplicaram reajuste no período de referência da Resolução Normativa – RN nº 156, de 8 de junho de 2007, deverão comunicar a não aplicação à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, até 30 de agosto de 2008, através da página da ANS na internet , de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO. ([Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33](#))

§1º A partir de maio de 2008, as operadoras que não aplicarem reajuste na contraprestação pecuniária de seus planos de saúde individuais e familiares, no período compreendido entre maio de um ano e abril subsequente de cada ano, deverão comunicar a não aplicação à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, até 30 de agosto deste último ano, através da página da ANS na internet , de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO. ([Revogado pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33](#))

§2º Ficam isentas do envio da comunicação prevista neste artigo as operadoras que obtiverem autorização e não aplicarem reajuste e aquelas que tiverem o registro de

operadora cancelado. (Revogado pela República da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§3º Enquanto o aplicativo não estiver disponível, a comunicação prevista neste artigo deverá ser feita mediante envio de declaração, cujo modelo consta no Anexo II, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal. (Revogado pela República da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

Art. 4º As autorizações de reajuste deverão ser solicitadas através de aplicativo a ser disponibilizado na página da ANS na internet, de acordo com os procedimentos previstos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO.

§1º Enquanto o aplicativo tratado no caput não estiver disponível, a solicitação de autorização para reajuste será efetuada através do envio de modelo constante no Anexo I devidamente preenchido.

§2º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS com antecedência máxima de 2 (dois) meses, a contar do final da eficácia da autorização em vigor ou do início de aplicação informado na solicitação.

§ 2º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a partir do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação. (Redação dada pela República da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§3º As autorizações de reajuste expedidas na vigência da Resolução Normativa – RN nº 156, de 8 de junho de 2007, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos Ofícios autorizativos.

§4º As autorizações expedidas com base nesta Resolução não adotarão o conceito de período de referência previsto no artigo 2º da Resolução Normativa – RN nº 156, de 8 de junho de 2007.

§5º Não haverá nenhuma hipótese de cobrança retroativa, ressalvado o disposto no artigo 6º, §3º e no artigo 9º, §§1º e 4º.

§6º O termo inicial do período para aplicação do reajuste constante na solicitação de autorização não pode ser anterior à data do envio da solicitação de autorização.

§ 6º - A operadora deverá recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº. 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN nº. 89, de 15 de fevereiro de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Redação dada pela República da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§ 7º Será disponibilizada no sítio eletrônico da ANS consulta atualizada das autorizações de que trata este artigo por operadora. (Incluído pela República da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

Subseção II Dos Requisitos

Art. 5º A autorização de reajuste de que trata o artigo anterior estará sujeita aos seguintes requisitos:

I - estar regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários – SIB, Sistema de Informações de Produtos – SIP e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS;

II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com o artigo 4º;

II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com os §§ 1º a 6º do art.4º; (Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

III - recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), conforme determina a IN nº 3 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), de 12 de fevereiro de 2004, a ser realizado nos moldes da Resolução Normativa - RN nº 89, de 15 de fevereiro de 2005, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 101, de 3 de junho de 2005, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a última alteração dada pela MP 2177- 44, de 24 de agosto de 2001; e

IV – não estar com registro de operadora cancelado.

§1º Enquanto o aplicativo tratado no artigo 4º não estiver disponível, o atendimento ao requisito previsto no inciso I será verificado pela Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP, através de relatório extraído dos sistemas da ANS.

§2º Ocorrendo, por quaisquer hipóteses, a impossibilidade de verificação dos requisitos conforme parágrafo anterior, a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP poderá encaminhar Memorando para que a Diretoria gestora do respectivo sistema de informações se manifeste sobre o eventual não atendimento ao requisito no prazo de 7 (sete) dias, a contar da sua expedição.

§3º Caso a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP não receba manifestação formal da Diretoria gestora do respectivo sistema de informações confirmando o não atendimento aos requisitos previstos nos incisos I e III, no prazo previsto no parágrafo anterior, será expedida autorização de reajuste para a operadora.

§4º As operadoras que estiverem em atraso ou com incorreção no encaminhamento das informações cadastrais mencionadas no inciso I deste artigo poderão receber autorização de reajuste caso tenham firmado Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta e tenham cumprido as obrigações exigíveis no momento da solicitação de autorização para reajuste, hipótese em que deverão enviar à ANS cópia do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta juntamente com a solicitação de autorização para reajuste, sob pena de indeferimento.

Subseção III Do Indeferimento

Art. 6º Caso a operadora não cumpra os requisitos descritos no artigo 5º, a solicitação de autorização para reajuste será indeferida.

§1º Da decisão tratada no caput, cabe pedido de reconsideração, a ser postado ou protocolizado na ANS, no prazo de 10 (dez) dias, contados da ciência do indeferimento, com provas documentais de que a operadora já havia atendido aos requisitos descritos no artigo 5º.

§2º Sempre que o pedido de reconsideração não vier acompanhado da documentação comprobatória tratada no parágrafo anterior ou quando não for confirmado atendimento das exigências descritas no artigo 5º, o pedido de reconsideração será sumariamente indeferido.

§3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no artigo 5º e parágrafos, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste no mês constante na solicitação.

§3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no artigo 5º e parágrafos, iniciando-se a possibilidade de

implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução. (Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§4º Ressalvada a hipótese do §2º, ocorrendo a impossibilidade de verificação dos requisitos com a documentação acostada aos autos, a Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos – GGEFP poderá adotar o procedimento previsto no artigo 5º, §§1º a 4º.

§5º Na hipótese de envio do pedido de reconsideração, a tempestividade será aferida pela data da postagem ou do protocolo da ANS.

§6º A ANS poderá prever o envio do pedido de reconsideração através do aplicativo disciplinado no artigo 4º, estabelecendo alternativas à prova documental tratada nos §§1º e 2º, de acordo com os procedimentos dispostos em Instrução Normativa a ser editada pela DIPRO.

§7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do artigo 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista em seu inciso III, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste no mês constante na nova solicitação.

§7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do artigo 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista no §6º do art. 4º, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma do § 3º do art. 7º desta Resolução, em relação à nova solicitação. (Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

Subseção IV **Da Formalização da Autorização**

Art. 7º Nas hipóteses de deferimento da solicitação de autorização para reajuste ou de deferimento a partir do provimento do pedido de reconsideração, a autorização de reajuste será formalizada mediante ofício emitido na página da ANS na internet, que deverá indicar:

I – índice de reajuste máximo a ser aplicado, conforme publicado no Diário Oficial da União; e

II – início e o fim do período a que se refere a autorização.

II - início e o fim do período de aniversário dos contratos a que se refere a autorização; e (Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

III - início da aplicação do reajuste. (Incluído pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§1º O fim do período tratado no inciso II corresponderá ao mês de abril de cada ano.

§1º O início e o fim do período tratado no inciso II corresponderá, respectivamente, aos meses de maio e de abril subsequente. (Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§2º A vigência máxima da autorização de reajuste será de 12 (doze) meses.

§3º Na hipótese do artigo 4º, §6º, o início do período da autorização será a data do recebimento da solicitação de autorização para reajuste, desde que não haja outra autorização em vigor, hipótese em que será considerado o primeiro dia posterior ao seu termo final.

§3º O início do período de aplicação do reajuste tratado no inciso III será a data do recebimento da solicitação de autorização para reajuste, ressalvada a hipótese do §2º do art. 4º, hipótese em que será considerado o mês de maio subsequente. (Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

§4º Enquanto o aplicativo não estiver disponível, a autorização será formalizada mediante Ofício Autorizativo, que deverá conter as informações tratadas no caput e será enviado por correspondência com Aviso de Recebimento - AR .

Subseção V Do Índice de Reajuste Máximo

Art. 8º O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos tratados no artigo 2º, será publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS na internet, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.

Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou co-participações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.

Subseção VI Da Aplicação do Reajuste

Art. 9º A operadora que obtiver a autorização da ANS poderá aplicar o reajuste a partir do mês de aniversário do contrato.

§1º Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato de até dois meses, este será mantido e será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.

§2º Na hipótese do parágrafo anterior, a operadora poderá aplicar o reajuste subsequente, nos seguintes meses:

I - 10 (dez) meses após o último reajuste em caso de 2 (dois) meses de cobrança retroativa no ano anterior; ou

II – 11 (onze) meses após o último reajuste em caso de 1 (um) mês de cobrança retroativa no ano anterior.

§3º Caso a defasagem seja superior a dois meses, o mês de aniversário do contrato será mantido e não será permitida cobrança retroativa.

§4º O início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo imputável exclusivamente à ANS.

§ 4º O início de aplicação do reajuste não será prejudicado por atraso no processo autorizativo imputável exclusivamente à ANS, ficando autorizada a retroatividade do reajuste ao mês do início de aplicação, constante no ofício autorizativo, desde que as eventuais cobranças retroativas se iniciem em até dois meses a contar da autorização e sejam diluídas pelo mesmo número de meses de atraso, limitado ao mês anterior ao próximo aniversário do contrato. (Redação dada pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33)

Subseção VII Das Informações no Boleto de Pagamento

Art. 10. Quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, deverá constar de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome, código e número de registro do plano e o mês previsto para o próximo reajuste.

Parágrafo único. Nas hipóteses do artigo 6º, §3º e do artigo 9º, §§1º e 4º, deverá constar de forma clara e precisa o valor referente à cobrança retroativa.

Subseção VIII

Da Alienação de Carteira

Art. 11. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo, será de responsabilidade da cedente a solicitação de autorização para reajuste dos planos descritos no artigo 2º.

Parágrafo único. A operadora adquirente passa a ser responsável pela solicitação de autorização para reajuste após a data da conclusão do processo de transferência da carteira na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP.

Seção II

Dos planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

Art. 12. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde contratados até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, deverão obedecer ao disposto neste artigo.

§1º Para fins de reajuste das contraprestações pecuniárias, deverá ser aplicado o disposto no contrato, desde que contenha o índice de preços a ser utilizado ou critério claro de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste.

§2º Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e/ou sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverá ser adotado percentual limitado ao reajuste estipulado pela ANS, de acordo com esta Resolução.

§3º Nas hipóteses previstas nos §§1º e 2º, quando da aplicação do reajuste, deverá constar de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, cópia da cláusula que determina seu critério de apuração, nome e código de identificação do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

§4º Excetuam-se da regra estabelecida no §2º os planos previstos nos Termos de Compromisso que definem critérios para apuração do índice de reajuste a ser autorizado pela Agência.

§5º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, quando da aplicação do reajuste, além das informações que deverão ser apresentadas aos beneficiários previstas nos Termos de Compromisso, devem ainda ser informados de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, nome e código de identificação do plano no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

Seção III

Dos planos coletivos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, sujeitos ao comunicado de reajuste

Subseção I

Da Obrigatoriedade de Comunicação do Reajuste

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS:

- I – os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
- II – as alterações de co-participação e franquia.

Subseção II Da Comunicação

Art. 14. Os reajustes e as alterações de franquia e co-participação deverão ser comunicados pela internet, por meio de aplicativo, em até trinta dias após a sua aplicação, de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra que venha a substituí-la.

Art. 14. Os reajustes e as alterações de franquia e coparticipação deverão ser comunicados pela internet, por meio de aplicativo, em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação, de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra que venha a substituí-la, ressalvado o disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo. ([Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011](#))

Art. 14. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra norma que venha a substituí-la. ([Redação dada pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33](#))

§1º As operadoras com até 100.000 (cem mil) beneficiários deverão comunicar os reajustes e as alterações de franquia e coparticipação dos contratos coletivos trimestralmente, nos seguintes prazos: ([Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011 \(Revogado pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33\)](#)

a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 31 de junho subsequente; ([Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011](#))

a) os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subsequente; ([Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011, após retificação publicada no Diário Oficial da União, em 01/11/2011, Seção 1, páginas 58 e 59 \(Revogado pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33\)](#))

b) os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subsequente; ([Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011 \(Revogado pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33\)](#))

c) os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subsequente; e ([Acrescentado pela RN nº 274/20/10/2011 \(Revogado pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33\)](#))

d) os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subsequente. ([Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011 \(Revogado pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33\)](#))

§2º Para fins do disposto no parágrafo anterior, o número de beneficiários a ser considerado deverá corresponder ao informado no SIB do mês de janeiro imediatamente anterior ao início do trimestre. ([Acrescentado pela RN nº 274, de 20/10/2011 \(Revogado pela Rep. da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33\)](#))

Art. 15. Para fins do disposto no artigo 13 desta Resolução, deverá ser comunicada qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção.

§1º A variação igual a zero de que trata o caput deste artigo se refere à manutenção do valor da contraprestação pecuniária após o prazo de 12 meses a contar do último reajuste.

§2º Para cada período de 12 meses deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária.

Subseção III Das Informações no Boleto de Pagamento e na Fatura

Art. 16. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações:

I – se o plano é coletivo com ou sem patrocínio, conforme o caso, de acordo com definição prevista no anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005;

II – o nome do plano, nº do registro do plano na ANS ou código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e número do contrato ou da apólice;

III - data e percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;

IV – valor cobrado; e

V – que o reajuste será comunicado à ANS em até trinta dias após sua aplicação, por força do disposto nesta Resolução.

§1º Sempre que houver cobrança mensal dos beneficiários, por qualquer meio, como desconto em folha ou débito bancário, ainda que não sejam emitidos pela operadora, esta deverá diligenciar para que os beneficiários recebam, no mês do reajuste, um documento contendo as informações previstas neste artigo.

§2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso IV deverá especificar o valor ou a parcela para pagamento do beneficiário.

Art.16-A. Todos os valores cobrados devem ser discriminados, inclusive, as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa e juros. ([Incluído pela Republicação da RN nº 362 no DOU nº 247 de 22/12/2014, Seção 1, página 33 em vigor a partir de 01/05/2015](#))

Subseção IV Da Alienação de Carteira

Art. 17. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo de transferência dos produtos, serão de responsabilidade da cedente as comunicações de reajuste de planos coletivos descritas no artigo 13.

§1º No caso de alienação de carteira, a operadora adquirente passa a ser responsável pelo comunicado de reajuste após a data da conclusão do processo de transferência na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP.

§2º O prazo para envio dos comunicados de reajuste na hipótese do parágrafo anterior ficará suspenso entre a data da conclusão do processo de transferência da carteira na Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos - GGEOP e a habilitação da operadora adquirente para o envio dos comunicados de reajuste dos planos transferidos no aplicativo RPC.

§3º Na hipótese do parágrafo anterior, após a habilitação no aplicativo RPC, caberá a operadora adquirente a obrigação de comunicar os reajustes efetuados no período em que o prazo de envio esteve suspenso.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. A operadora deverá manter por cinco anos, disponíveis para eventual fiscalização da ANS, os documentos que comprovem a alteração ou manutenção do valor da contraprestação pecuniária dos planos de que tratam esta Resolução.

Art. 19. As variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não são consideradas reajuste para fins desta Resolução.

Art. 20. A existência de cláusula contratual entre a operadora e o beneficiário do plano contratado após 1º de janeiro de 1999 e dos planos adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros para o seu cálculo, não exime as operadoras do cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 21. A ausência de pagamento de contraprestação pecuniária que sofra alteração pela aplicação de reajuste ou revisão sem observância do disposto nesta Resolução, não será considerada como inadimplência para fins do disposto no inciso II do parágrafo único, do artigo 13, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 22. A DIPRO poderá, por meio de Instruções Normativas, detalhar as rotinas de solicitação e autorização de reajuste e de preenchimento e envio das informações de que trata esta Resolução, com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da sistemática de autorização de reajustes dos produtos.

Parágrafo único - Os anexos e o aplicativo estão disponíveis na página da ANS para consulta e cópia no endereço eletrônico <http://www.ans.gov.br>, portal operadoras.

Art. 23. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor – Presidente

"(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

ANEXO I
Solicitação de Reajuste - RN nº 171/08
(Redação dada pela RN nº 362, de 04/12/2014)

À ANS
 DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO
 SOLICITAÇÃO DE REAJUSTE

A operadora (RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA), inscrita sob o CNPJ nº (CNPJ), Registro na ANS nº (REGISTRO), vem solicitar à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autorização para aplicação de reajuste da contraprestação pecuniária aos planos individuais e familiares, no máximo no percentual estabelecido pela ANS, conforme previsto na RN nº 171/08, para os contratos com aniversário no período compreendido entre os meses de maio/ (ANO) e abril/ (ANO). Esta operadora, por meio de seu representante, assume a responsabilidade pelos dados e por eventuais incorreções que comprometam a autorização do reajuste em tempo hábil.

(Cidade), (Data)

Assinatura
 Nome do Representante da Operadora
 (Cargo)" (NR)

(PAPEL TIMBRADO DA OPERADORA)

ANEXO II
Declaração de Ausência de Reajuste - RN nº _____/08

À ANS
 DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS - DIPRO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE REAJUSTE

A operadora (RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA), inscrita sob CNPJ nº (CNPJ), Registro na ANS nº (REGISTRO), por intermédio de seu representante legal, em atendimento ao disposto no § 3º do art. 3º da RN nº 171/08, declara que não aplicou reajuste no período compreendido entre (MÊS/ANO) e (MÊS/ANO), às contraprestações pecuniárias dos seus planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais e familiares, médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

(Cidade), (Data)

Assinatura
 Nome do Responsável Legal da Operadora perante a ANS
 (Cargo)

LEI N° 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º. Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º. A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para resarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; ([Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

a) conteúdos e modelos assistenciais;

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;

c) direção fiscal ou técnica;

d) liquidação extrajudicial;

e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;

f) normas de aplicação de penalidades;

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º (*Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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: (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

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; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

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; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

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. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 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. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 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. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 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. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 2º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 4º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 5º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 7º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

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. (Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 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. (Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

§ 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. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO
