



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO

N.º 2.400, DE 2010

(Do Sr. Lelo Coimbra)

Susta as Resoluções Normativas nºs 195, 196, 200, 203 e 204, todas editadas pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, bem como suas normas correlatas, por extrapolação das competências legais do poder normativo daquela autarquia federal.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E

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

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ficam sustadas as Resoluções Normativas nºs 195, 196, 200, 203 e 204, todas editadas pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em 2009, bem como instruções normativas nºs 20, 22, 23 e 26 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e as instruções normativas nºs 33 e 34 da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE.

Art. 2º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Decreto Legislativo tem por objeto sustar normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, editadas em 2009 que tratam da 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 (RN nº 195, alterada pelas RNs nºs 200 e 204), e ainda, sobre as Administradoras de Benefícios e seus ativos garantidores (RNs nºs 196 e 203), bem como as instruções normativas expedidas pelas diretorias de Normas e Habilitação dos Produtos (IN/DIPRO nºs 20, 22, 23 e 26) e de Normas e Habilitação das Operadoras (IN/DIOPE nºs 33 e 34), que complementam as disposições das resoluções, com base na competência do Congresso Nacional, nos termos do inciso V, do art. 49 da Constituição Federal e art. 109, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

Pretende-se corrigir o indevido uso do poder regulamentar da autarquia, que, por esses referidos atos, exorbitou os limites de suas atribuições conferidas pela Lei nº 9.961, de 2000. O ente público está vinculado ao estrito cumprimento da lei, não podendo ultrapassar as fronteiras de suas responsabilidades ou contrariar disposição legal. Agir de forma diversa macula seus atos, impondo-lhes a nulidade.

Entre os mais de quarenta incisos do art. 4º da Lei nº 9.961 não há qualquer permissão para a autarquia interferir na relação contratual das operadoras com seus

clientes. Os contratos devem obediência ao Código Civil Brasileiro, à Lei nº 9.656 e ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

A Resolução Normativa - RN nº 195, de 2009, alterada pelas RNs nºs 200 e 204, regulamenta a contratação dos planos privados de assistência à saúde, impondo restrições e características específicas (e não tão somente gerais) aos instrumentos contratuais que extrapolam e conflitam com as leis nºs 9.656 e 9.961.

O art. 16 da Lei nº 9.656 trata das disposições obrigatórias dos contratos, e o inciso II do art. 4º da Lei nº 9.961 autoriza a ANS a definir – tão somente – as características gerais dos instrumentos contratuais. A Resolução Normativa - RN nº 195 da Diretoria Colegiada da ANS e as instruções normativas da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO nºs 22 e 23 contrariam tais ditames legais. Além de afronta ao ato jurídico ao querer aplicar as normas aos contratos já celebrados.

As regras trouxeram descontentamento às pessoas jurídicas contratantes que já buscam o Poder Judiciário para fazer prevalecer seus direitos.

A ANS, por sua vez, ao contrário de sua atribuição de estimular a competição e fomentar o setor de saúde suplementar (inciso XXXII do art. 4º da Lei nº 9.961), ao alterar as regras de contratação afastou as pessoas jurídicas constituídas na forma de associações e sindicatos, uma vez que obriga que essas entidades assumam exclusiva responsabilidade de cobrança das contraprestações de seus associados e sindicalizados, incluindo o ônus de emissão de boletos e o controle de inadimplência.

A eventual incapacidade dessas entidades (associações e sindicatos) pagarem a totalidade da contraprestação exigida delas pela operadora, em decorrência da inadimplência de alguns, poderá cancelar o plano de todos, mesmo daquelas que estiverem em dia com a obrigação, já que a ANS exige a cobrança

diretamente à pessoa jurídica. O risco é real, e certamente as demandas judiciais serão recidivas.

Houve expressa proibição de que as operadoras de planos pudessem efetuar tal cobrança, mesmo que por delegação, contudo, direcionou essa possibilidade às administradoras de benefícios, criadas pela Resolução Normativa - RN nº 196, e que não existem na Lei nº 9.656.

As administradoras de benefícios, repete-se, não definidas por lei, foram agraciadas com a possibilidade de contratar planos das operadoras e vendê-los aos consumidores, realizando a cobrança das contraprestações e recebendo pelo “serviço”, obviamente, algo a mais do que as pessoas jurídicas poderiam contratar diretamente das operadoras de planos. Criou-se uma intermediária na relação entre operadoras e suas clientes. O cerco foi completo: as tais administradoras não podem pertencer ao mesmo grupo econômico da operadora contratada.

As administradoras de planos (ou produtos) que são mencionadas na Lei nº 9.656 (arts. 9º e 19) não seriam intermediárias como desenvolveu a ANS no ano de 2009, mas prestadoras de serviço, sem assunção de risco decorrente da operação de planos, como originariamente definiu a própria autarquia por sua Resolução - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000.

O mercado – principalmente dos planos coletivos – deve ter mais liberdade, e não engessamento. A população que busca abrigo na saúde suplementar tem procurado os contratos coletivos como forma de viabilizar a contratação, notadamente, pelas características do plano e seu custo. Os sindicatos e associações são legítimos para realizar as negociações de cláusulas, preços e reajustes, não precisam da figura intermediária de uma administradora de ‘benefícios’.

Restringir o acesso, inviabilizando os contratos coletivos com medidas que extrapolam as atribuições do órgão regulador, não “protege” o consumidor, ao contrário, o deixa como opção o Sistema Único de Saúde.

Espera-se contar com o apoio dos demais parlamentares para aprovação da proposta.

Sala das Sessões, em 24 de fevereiro de 2010.

Deputado LELO COIMBRA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA**

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 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 nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 64, inciso II, alínea “a”, do Anexo I, da Resolução Normativa – RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

I – individual ou familiar;

- II – coletivo empresarial; ou
- III – coletivo por adesão.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

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.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 200, DE 13 DE AGOSTO DE 2009

Altera as Resoluções Normativas nos 195, de 14 de julho de 2009 e 162, de 17 de outubro de 2007.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 86, inciso II, alínea “a”, da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 13 de agosto de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O caput dos arts. 6º, 7º, 8º e 14 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, passam a vigorar com as seguintes redações:

“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)

.....

“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)

.....

“Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante”. (NR)

“Art.14. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários”. (NR)

Art. 2º O art. 8º passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“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.”

.....

.....

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 200, DE 13 DE AGOSTO DE 2009

Altera as Resoluções Normativas nos 195, de 14 de julho de 2009 e 162, de 17 de outubro de 2007.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 86, inciso II, alínea “a”, da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 13 de agosto de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O caput dos arts. 6º, 7º, 8º e 14 da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, passam a vigorar com as seguintes redações:

“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)

.....

“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)

.....

“Art.8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante”. (NR)

.....

“Art.14. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários”. (NR)

Art. 2º O art. 8º passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“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.”

.....

.....

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 203, DE 1 DE OUTUBRO DE 2009

Dispõe sobre os ativos garantidores das administradoras de benefícios.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso das atribuições que lhes são conferidas pelo artigo 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, bem como pelo artigo 1º, § 2º, artigo 35-A, inciso IV, alíneas “a” e “d”, e parágrafo único, e artigo 35-L, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e considerando o disposto no artigo 86, inciso II, alínea “a”, da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 30 de setembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º As administradoras de benefícios que atuarem na condição de estipulante de plano coletivo, na forma do art. 5º da Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 de julho de 2009, deverão constituir ativos garantidores conforme disposto nesta Resolução.

§ 1º O montante de ativos garantidores será obtido por um percentual de referência incidente sobre as receitas dos contratos coletivos em que a administradora de benefícios atuar como estipulante, de forma a representar em valores monetários o risco de inadimplência assumido.

§ 2º O percentual de referência será estabelecido por meio de normativo específico a ser editado pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, podendo ser reavaliado semestralmente.

Art. 2º A aceitação pela ANS, o registro, a vinculação, a custódia, a movimentação e a diversificação dos ativos garantidores das administradoras de benefícios deverão obedecer aos critérios estabelecidos para as operadoras de pequeno porte na RN nº 159, de 3 de julho de 2007 e posteriores alterações, não sendo admitida a utilização de bens imóveis.

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

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 204, DE 1 DE OUTUBRO DE 2009

Altera a Resolução Normativa - RN no 195, de
14 de julho de 2009.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e alínea “a” do inciso II do artigo 86, da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 30 de setembro de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º O artigo 19 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19
.....

§ 3º Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador.

§ 4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido.” (NR)

Art. 2º O caput do artigo 24 da RN nº 195, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 24. Como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos, as operadoras, inclusive classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.” (NR).

Art. 3º O artigo 26 da RN nº 195, de 2009, alterado pela RN no 200, de 13 de agosto de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 26. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor, especificamente quanto às condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 9º, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.
§ 1º Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes, que atendam as condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 9º, mas permaneçam incompatíveis com os demais parâmetros fixados

nesta resolução, deverão ser aditados até a data do aniversário contratual ou até 12 (doze) meses da vigência desta norma, o que ocorrer primeiro, sob pena de impedir o ingresso de novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular.

§ 2º A partir da confirmação pela operadora da reclassificação do registro dos produtos disposta no artigo 27, os novos parâmetros passam a integrar os contratos aditados para atender as disposições desta resolução.”(NR)

Art. 4º A RN nº 195, de 2009, a RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, e as alterações introduzidas por esta resolução entram em vigor em 3 de novembro 2009.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS**

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 20, DE 29 DE SETEMBRO DE 2009

Dispõe sobre os instrumentos de orientação aos beneficiários, previstos no artigo 24 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN nº 200, de 13 de agosto de 2009.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea "a" do inciso I do artigo 76, a alínea "a" do inciso I do artigo 85 e os incisos I, VI e IX do artigo 38, todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e o parágrafo único do artigo 24 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, resolve:

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Instrução Normativa regulamenta o artigo 24 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa – RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, estabelecendo os padrões a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde na confecção do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e do Guia de Leitura Contratual - GLC:

Parágrafo único. O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Os Anexos I e II desta Instrução Normativa apresentam os modelos do MPS e do GLC a serem seguidos em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).

§1º Os documentos referidos no **caput** deste artigo deverão ser entregues em material impresso ou em mídia digital, à escolha do beneficiário, no momento descrito no art. 4º ou 5º, conforme o caso.

§2º A entrega deverá ser feita pela operadora, inclusive classificada na modalidade de Administradora de Benefícios, podendo ser intermediada por representante da pessoa jurídica contratante, no caso dos planos coletivos.

§3º Os itens "Padrão de Acomodação", "Doença ou Lesão Preexistente" e "Cobertura Parcial Temporária" contidos nos Anexos não se aplicam às operações de planos exclusivamente odontológicos.

§ 4º O item "Padrão de Acomodação" contido no Anexo II não se aplica às operações de planos exclusivamente ambulatoriais ou combinados com odontologia.

.....
.....

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 22, DE 8 DE OUTUBRO DE 2009

Dispõe sobre os procedimentos de atualização do registro de produtos de contratação coletiva, previstos no artigo 27 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela Resolução Normativa – RN nº 204, de 1º de outubro de 2009; e revoga o Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 15, de 14 de dezembro de 2007.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea "a" do inciso I do artigo 76, a alínea "a" do inciso I do artigo 85 e os incisos I, VI e IX do artigo 38, todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e o § 2º do artigo 27 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela Resolução Normativa – RN nº 204, de 1º de outubro de 2009, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objeto estabelecer os procedimentos de atualização do registro de produtos de contratação coletiva, previstos no artigo 27 da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, e pela Resolução Normativa - RN nº 204, de 1º de outubro de 2009; e revogar o Anexo I da Instrução Normativa - IN nº 15, de 14 de dezembro de 2007.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Da Reclassificação Dos Planos Coletivos

Art. 2º Para a atualização do registro dos produtos prevista no artigo 27 da RN nº 195, de 2009, alterada pela RN nº 200, de 2009, e pela RN nº 204, de 2009, será feita a reclassificação automática de todos os planos coletivos com registro na ANS, incluindo aqueles cuja adequação esteja em curso.

.....

.....

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 23, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2009

Dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, previstos na Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e revoga as Instruções Normativas – INs DIPRO nº 15, de 14 de dezembro de 2007, e a nº 17, de 17 de dezembro de 2008.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea “a” do inciso I do artigo 85, da Resolução Normativa -RN nº 197, de 16 de julho de 2009, bem como os artigos 3º; 13, § 1º; 22; 23, inciso I; 33; 37 e o Anexo II da RN nº 85, 7 de dezembro de 2004, alterada pelas Resoluções Normativas nº 100, 3 de junho de 2005, no 124, de 30 de março de 2006, nº 144, de 2 de janeiro de 2007, no 160, de 3 de julho de 2007, no 175, de 22 de setembro de 2008, nº 189, de 2 de abril de 2009, e no 196, de 14 de julho de 2009, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Instrução Normativa tem por objeto estabelecer normas sobre os procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento dos registros dos produtos junto à ANS de que trata a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, alterada pelas Resoluções Normativas nº 100, de 3 de junho de 2005, no 124, de 30 de março de 2006, nº 144, de 2 de janeiro de 2007, no 160, de 3 de julho de 2007, no 175, de 22 de setembro de 2008, nº 189, de 2 de abril de 2009, e no 196, de 14 de julho de 2009, e revogar as Instruções Normativas – INs no 15, de 14 de dezembro de 2007, e no 17, de 17 de dezembro de 2008.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Da Solicitação do Registro de Produto

Art. 2º Para obtenção do registro de produto, é necessário o envio das informações previstas na RN nº 85, de 2004, e suas posteriores alterações, pelo aplicativo Registro de Planos de Saúde (RPS), na última versão disponível no endereço eletrônico www.ans.gov.br, e o encaminhamento dos seguintes documentos:

I - documento de solicitação de registro de produto, assinado e com identificação do representante da operadora junto à ANS, contendo o Nome Comercial do(s) produto(s) informado(s) no aplicativo; e

II - comprovante de incorporação de informações emitido na “Verificação de Incorporação de Dados”, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Parágrafo único. A documentação incompleta ou em desacordo com os itens acima será devolvida para que a operadora regularize no prazo de até 30 (trinta) dias, após a comunicação, contados do recebimento.

.....
.....

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 26, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2010

Altera a Instrução Normativa nº 23 da DIPRO,
de 1º de dezembro de 2009.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea “a” do inciso I do artigo 85, da Resolução Normativa -RN nº 197, de 16 de julho de 2009, bem como os artigos 3º; 13, § 1º; 22; 23, inciso I; 33; 37 e o Anexo II da RN nº 85, 7 de dezembro de 2004, alterada pelas Resoluções Normativas nº 100, 3 de junho de 2005, no 124, de 30 de março de 2006, nº 144, de 2 de janeiro de 2007, no 160, de 3 de julho de 2007, no

175, de 22 de setembro de 2008, nº 189, de 2 de abril de 2009, e no 196, de 14 de julho de 2009, resolve:

Art. 1º O artigo 29 da Instrução Normativa nº 23, de 1º de dezembro de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.29. As solicitações de registro de produto encaminhadas até 31/12/2009 terão continuidade da sua análise na forma da IN nº 15, de 14 de dezembro de 2007, e suas alterações posteriores.” (NR)

Art. 2º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS**

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 33, DE 5 DE OUTUBRO DE 2009

Regulamenta o artigo 1º, § 2º da Resolução Normativa – RN nº 203, de 1 de outubro de 2009.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no inciso II do art. 31 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 17 de julho 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN regulamenta o artigo 1º, § 2º da Resolução Normativa – RN nº 203, de 1 de outubro de 2009.

Art. 2º As Administradoras de Benefícios deverão vincular ativos garantidores à ANS no montante de 33% (trinta e três por cento) da receita trimestral dos contratos coletivos estipulados.

Parágrafo único. O montante de ativos garantidores a ser vinculado à ANS deverá ser apurado mensalmente e considerar as receitas independente de seu efetivo recebimento por parte das operadoras, em obediência ao Princípio Contábil da Competência.

.....
.....

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS**

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 34, DE 5 DE OUTUBRO DE 2009

Versa sobre os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios, bem como sobre a adequação da classificação das operadoras enquadradas como Administradoras de Planos.

O Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso de suas atribuições legais definidas no inciso II do art. 31 da Resolução Normativa – RN n.º 197, de 17 de julho 2009, resolve:

Art. 1º A presente Instrução Normativa - IN versa sobre os requisitos e procedimentos para a concessão da autorização de funcionamento das Administradoras de Benefícios, bem como sobre a adequação da classificação das operadoras enquadradas como Administradoras de Planos.

Art. 2º Para fins de obtenção de autorização de funcionamento, as pessoas jurídicas que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar na modalidade organizacional de Administradora de Benefícios deverão atender ao disposto na Resolução Normativa – RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações, bem como as disposições contidas no Anexo I daquele normativo.

Parágrafo único. O objeto social das Administradoras de Benefícios não poderá conter atividades não previstas na Resolução Normativa - RN nº 196, de 14 de julho de 2009.

Art. 3º As Administradoras de Planos que já possuem registro provisório ou autorização de funcionamento deverão apresentar seus contratos/estatutos sociais contemplando a adequação de seu objeto social, no prazo de sessenta dias a contar da publicação desta Instrução Normativa.

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

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras

LEI Nº 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. 4º Compete à ANS:

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

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

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

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

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

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - 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 operadores 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 [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

.....
.....

LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

PARTE GERAL

LIVRO I
DAS PESSOASTÍTULO I
DAS PESSOAS NATURAISCAPÍTULO I
DA PERSONALIDADE E DA CAPACIDADE

Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

.....

.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDORCAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

.....

.....

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

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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; e [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VIII - [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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

§ 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. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#) [\(Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003\)](#)

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

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

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

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; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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. [\(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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

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

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

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - nome da entidade a ser excluída; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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

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. [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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. [\(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

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

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

§ 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.

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

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. (Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

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

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

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

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

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

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

.....

.....

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO-RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

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

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

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

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

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

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

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

- a) da operadora;
- b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
- c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

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

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO