

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.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar

Subseção I

Da Definição

Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

§ 1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

Subseção II

Da Carência e Cobertura Parcial Temporária

Art. 4º O contrato de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar, poderá conter cláusula de agravo

ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Seção II

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial

Subseção I

Da Definição

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§ 1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

I - os sócios da pessoa jurídica contratante;

II - os administradores da pessoa jurídica contratante;

III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - os agentes políticos;

V - os trabalhadores temporários;

VI - os estagiários e menores aprendizes; e

VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§ 2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do § 1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Subseção II

Da Carência

Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência.

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

v

Subseção III

Da Cobertura Parcial Temporária

Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes.

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 23 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Subseção IV

Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias

Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Seção III

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão

Subseção I

Da Definição

Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III – associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

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

§ 1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§ 2º A adesão do grupo familiar a que se refere o § 1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

§ 3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

§ 4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

Art. 10. As pessoas jurídicas de que trata o artigo 9º só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as previstas nos incisos I e II daquele artigo.

Subseção II

Da Carência

Art. 11. No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

§ 1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 9º, após o transcurso do prazo definido no caput deste artigo; e

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

§ 2º Após o transcurso dos prazos definidos no caput e no inciso II do § 1º poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação específica, limitados aos previsto em lei.

§3º Quando a contratação ocorrer na forma prevista no inciso III do artigo 23 desta RN considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Subseção III

Da Cobertura Parcial Temporária

Art. 12. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor.

Subseção IV

Do Pagamento e da Cobrança das Contraprestações Pecuniárias

Art. 13. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

Art. 14. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

Art.15. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento.

Seção IV

Das Disposições Comuns aos Planos Coletivos

Subseção I

Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 16. Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Subseção II

Da Rescisão ou Suspensão

Art. 17. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Subseção III

Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 18. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Subseção IV

Do Reajuste

Art. 19. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 22 desta RN.

§ 1º Para fins do disposto no caput, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato.

§ 2º Em planos operados por autogestão, quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre a remuneração, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente do aumento da remuneração

§ 3º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido.

Art. 20. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN.

Art. 21. Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN.

Art. 22. O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998.

Subseção V

Da Forma de Contratação

Art. 23. As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I – diretamente com a operadora; ou

II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;

III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Seção V

Da Orientação aos Beneficiários

Art. 24. Como parte dos procedimentos para contratação ou adesão aos planos individuais ou coletivos as operadoras deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

Parágrafo único. O MPS e o GLC serão objeto de regulamentação específica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO e conterão, no mínimo:

I – prazos de carência;

II - vigência contratual;

III – critérios de reajuste;

IV – segmentação assistencial; e

V – abrangência geográfica.

Art. 25. Os formulários utilizados pelas operadoras, pelas pessoas jurídicas contratantes ou pela Administradora de Benefícios para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou disponibilizados devem conter referência expressa à entrega desses documentos, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 26. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários.

Art. 27. As operadoras deverão adequar o registro dos produtos que possuam características distintas dos parâmetros fixados nesta resolução, observando os procedimentos a serem definidos em regulamentação específica.

§ 1º As operadoras terão o prazo de até doze meses, contado da publicação da regulamentação específica a que se refere o caput, para adequar o registro dos seus produtos.

§ 2º A partir da adequação do registro dos produtos, os novos parâmetros passam a integrar os contratos celebrados para todos os fins de direito.

§ 3º Os registros dos produtos que não forem adequados no prazo estabelecido no § 1º deste artigo serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28. Esta resolução aplica-se às operadoras na modalidade de autogestão somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.

Art. 29. O caput dos artigos 3º, 4º e 5º, o inciso IX do artigo 18 e o inciso IV do artigo 19, todos da Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 3º Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, empresariais com menos de trinta beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários, observado o prazo previsto no art. 35 desta Resolução.” (NR)

“Art. 4º O Anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).” (NR)

“Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, empresariais com menos de trinta beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.” (NR)

“Art.18.....

IX - no caso de contrato coletivo empresarial com menos de trinta beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato. ” (NR)

“Art.19.....

IV - planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial com trinta ou mais beneficiários; ” (NR)

Art. 30. Os §§ 2º, 4º e 8º dos artigos 2º, das Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar- CONSU nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art.20.....

§ 2º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados com operadoras, é obrigatório que a empresa empregadora firme contratos coletivos empresariais para os ativos e para os inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única operadora, devendo, também o plano de inativos, abrigar o universo de aposentados.
.....

§ 4º A operadora classificada na modalidade de autogestão que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratá-lo com outra operadora de planos privados de assistência à saúde, ou ainda de outra congênera que possua plano que abrigue o contingente de inativos.
.....

§ 8º No caso de plano operado por terceiros, os contratos celebrados entre empresas empregadora e operadora de

plano privado de assistência à saúde deverão ser repactuados até a data do vencimento do contrato vigente.” (NR).

Art. 31. A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

“Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação

Art. 20-C Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor. Sanção - multa de R\$ 50.000,00.”

“Ingresso de beneficiário em plano coletivo

Art. 20-D Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação. Sanção - multa de R\$ 50.000,00.”

“Reajuste de plano coletivo

Art. 61-A Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor.

Sanção - multa de R\$ 45.000,00.”

“Contraprestações distintas em contratos coletivos

Art. 61-B Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados.

Sanção - multa de R\$ 45.000,00.”

“Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário

Art. 61-C Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do consumidor: Sanção – multa de R\$ 5.000,00”

“Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual

Art. 65-A Deixar de fornecer ao consumidor de plano coletivo orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual:

Sanção – advertência;
multa de R\$ 5.000,00”

“Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos

Art. 65-B Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados.

Sanção – advertência;
Multa de R\$ 5.000,00”

“Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo

Art. 82-A Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação:
Sanção - multa de R\$ 80.000,00”

Art. 32. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

Art. 33. Revogam-se os §§ 3º dos artigos 2º das Resoluções CONSU nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999, e a Resolução CONSU nº 14, de 3 de novembro de 1998.

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

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente