

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XX, DE XX DE XXXX DE XXXX

*Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Administradoras de Benefícios nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em vista do que dispõem os incisos XXIV, XXVIII, XXXVII e XLI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o inciso III do art. 24, além do art. 43 e art. 45, todos da Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2015, adota a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras de atendimento a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.

§ 1º Aplica -se a presente norma às Administradoras de benefícios de acordo com o exercício de suas atribuições legais e regulamentares.

§ 2º Para fins desta RN, considera-se:

I – atendimento: a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos no art. 5º;

II – solicitações não assistenciais: outras demandas apresentadas pelos beneficiários, que não se refere à solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial.

Art. 2º São garantidos ao beneficiário, sem prejuízo das normas gerais aplicáveis aos serviços de atendimento ao consumidor:

I – atendimento adequado à sua demanda, assegurando-lhe o acesso e a fruição dos serviços conforme o disposto nas normas legais e infralegais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar, bem como nas condições contratadas;

II – tratamento preferencial aos casos de urgência e emergência;

III – respeito ao regramento referente ao sigilo profissional e à privacidade; e

IV – informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados, especialmente quanto às condições para sua fruição e aplicação de mecanismos de regulação.

§ 1º No caso de atendimento presencial, é garantido ao beneficiário, ainda, tratamento não discriminatório nas condições de acesso, devendo-se observar as prioridades de atendimento definidas em lei.

§ 2º A garantia do atendimento adequado alcança a acessibilidade, na forma a ser delimitada pelo órgão competente.

Art. 3º São diretrizes que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários:

I – transparência, clareza e segurança das informações;

II – rastreabilidade das demandas;

III – presteza e cortesia;

IV – racionalização e melhoria contínua.

V - tempestividade; e

VI - resolutividade da demanda.

Parágrafo único . As operadoras deverão instituir metodologia própria para medir a resolutividade de demandas em suas respectivas centrais de atendimento com acompanhamento da unidade da Ouvidoria da Operadora

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista nos arts. 9º e 10, quando demandadas, as operadoras deverão prestar aos seus beneficiários, de forma imediata, as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial ou não assistencial solicitado, prestando os esclarecimentos necessários conforme legislação ou regulamentação do setor de saúde complementar e/ou com base no correspondente instrumento contratual firmado.

Art. 5º Para prestarem o atendimento previsto no art. 4º, as operadoras deverão disponibilizar e divulgar, de forma clara e ostensiva, os seguintes canais:

I – atendimento presencial, indicando os endereços disponíveis para atendimento ao beneficiário; e

II – atendimento telefônico, contendo número da respectiva central de atendimento;

III- atendimento virtual.

Art. 6º As operadoras deverão disponibilizar unidade de atendimento presencial, de que trata o inciso I do art. 5º, no mínimo nas capitais dos Estados ou regiões de maior atuação dos seus produtos, ao menos no horário comercial dos dias úteis, desde que atendidos os seguintes critérios:

I – possua concentração de beneficiários superior a 10% (dez por cento) do total de sua carteira; e

II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior ao limite de 20.000 (vinte mil).

Parágrafo único. O atendimento disposto no caput é facultativo às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.

Art. 7º O atendimento telefônico de que trata o inciso II do art. 5º deve ser assegurado:

I – durante 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana, nas operadoras de grande porte;

II – nos dias úteis e em horário comercial, nas operadoras de pequeno e médio porte, nas exclusivamente odontológicas e nas filantrópicas, exceto para os casos envolvendo garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de urgência e emergência, nos quais deverá haver oferta de canal telefônico para orientação por 24 (vinte e quatro) horas, sete dias da semana.

Parágrafo único. O horário comercial respeitará as peculiaridades de cada região, aplicando-se, para tanto, as regras do local onde funcionar o atendimento.

Art. 8º O atendimento telefônico deverá observar:

I – no primeiro menu ter obrigatoriamente as opções de reclamação e de cancelamento/ exclusão de plano de saúde a pedido e contato direto com o atendente;

II - a transferência ao setor competente para atendimento definitivo da demanda, quando o primeiro atendente não tiver essa atribuição; e

III - a garantia de opção com atendimento humano por todo o período de que trata o art. 7º.

§ 1º Caso haja indício de abusos quanto ao tempo médio de contato direto com o atendente, em especial nas demandas assistenciais, poderão se objeto de ações específicas de fiscalização.

§ 2º As definições de cancelamento/exclusão de plano de saúde a pedido devem observar o disposto na Resolução Normativa nº 561/2022.

Art. 9º Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial ou não assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo como primeira ação, no início do atendimento.

§ 1º Qualquer solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial deve ser emitida por profissional de saúde devidamente habilitado.

§ 2º A apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial à operadora poderá ser feita pelo prestador em nome do beneficiário.

§ 3º A existência de canal próprio entre operadora e prestador de serviço para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados não exime a oferta obrigatória de canais de atendimento ao beneficiário e da garantia de acompanhamento pelo beneficiário sobre as etapas dessa solicitação.

§ 4º Para os fins desta Resolução, o número de protocolo fornecido pela operadora ao beneficiário deverá observar o padrão previsto na ficha técnica constante do Anexo I.

§ 5º Independentemente do porte, as operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 5 (cinco) anos, e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

Art. 10. As solicitações não assistenciais serão respondidas no prazo de sete dias corridos, contado da data de seu registro.

Art. 11. As solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial serão respondidas nos seguintes prazos:

I - as solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser respondidas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor;

II – nos demais casos, as respostas devem ocorrer:

a) se não for possível fornecer resposta imediata, a operadora demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário;

b) nas solicitações de procedimentos de alta complexidade – PAC – ou de atendimento em regime de internação eletiva, a operadora demandada terá o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

§1º Nos casos de solicitação de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial em que os prazos máximos para garantia de atendimento, previstos na RN nº 566, 29 de dezembro de 2022, sejam inferiores ao prazo previsto no inciso II, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 566, de 2022.

§2º O prazo de resposta de que trata esse artigo se presta às seguintes informações:

I - aprovação/autorização do procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial com todos os elementos necessários para a sua realização, na forma do artigo 8º da RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998;

II – negativa do procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, na forma do art. 13; ou

III - instauração de junta médica/odontológica, quando cabível, na forma da normatização vigente, observadas as regras previstas na RN nº 424, de 2017, devendo ser concluída a tempo do procedimento ser executado no prazo previsto na RN nº 566, de 2022.

§3º O prazo de resposta de que trata este artigo não se confunde com a data da efetiva realização do procedimento que deve ocorrer dentro do prazo previsto na RN nº 566, de 2022.

Art. 12. No caso concreto durante o ciclo do atendimento deve ser assegurado meio para que o beneficiário consulte o andamento de sua solicitação.

Art. 13. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, a operadora deverá informar, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, ao beneficiário, dentro do prazo de resposta, independentemente de solicitação, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

Art. 14. As respostas às solicitações não assistenciais também devem observar a linguagem clara e adequada, devendo ser acompanhadas do devido esclarecimento/motivação.

Art. 15. As negativas de solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial terão o processo de reanálise obrigatório pela Ouvidoria do ente regulado.

§ 1º A informação sobre o processo de reanálise de que trata o caput deverá constar de forma clara e em destaque no ato de fornecimento da resposta ao beneficiário, com indicação do prazo e meio pelo qual o resultado da reanálise será informado.

§ 2º No fluxo da reanálise é facultado ao beneficiário fornecer documentação adicional à Ouvidoria.

§ 3º A reanálise não suspende ou interrompe os prazos da RN nº 566/2022, representando instrumento em prol da resolução consensual da demanda, quando cabível, e que possibilita a visão macro pela Ouvidoria para cumprimento do disposto no art. 4º, IV, "c" da Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013.

§ 4º Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidoria, as reanálise de que trata este artigo serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8º da RN nº 323, de 2013.

Art. 16. O regramento específico sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão segue o disposto na Resolução Normativa nº 561, de 15 de dezembro de 2022.

Art. 17. Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deverá ser concluído, nos termos desta Resolução, observando-se os prazos previstos na RN nº 566, de 2022.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 501, de 30 de março de 2022.

Art. 18. Os registros documentados dos atendimentos realizados na forma prevista nesta Resolução poderão ser utilizados pelas operadoras para qualificação das respostas apresentadas às Notificações de Intermediação Preliminar – NIP, sem prejuízo de requisição pela fiscalização, observado o prazo de guarda previsto no art. 9º, § 5º.

Art. 19. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros e gravações de seus atendimentos, em até 72 (setenta e duas) horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 5º do art. 9º.

Art. 20. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 11.034, de 5 de abril de 2022, que regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.

Art. 21. As operadoras de planos de saúde serão avaliadas por metas de desempenho, trimestralmente, no Índice Geral de Reclamações - IGR, conforme critérios definidos em ficha técnica específica com ampla divulgação no site da ANS e outros meios.

§ 1º Os resultados trimestrais de que trata o caput serão considerados para atuação fiscalizatória sempre que houver menção expressa na RN nº 483/22 ou nº 489/22.

§ 2º Para fins do presente artigo, o analista NIP ou o fiscal em processo administrativo sancionador, observará a classificação da operadora ou administradora de benefícios na data do fato ou na impossibilidade de obtenção a data do registro de demanda na ANS.

§ 3º A ficha técnica com fixação de metas pode ser alterada a qualquer tempo, com previsibilidade mínima de um ciclo, visando adaptá-la aos comportamentos do setor e necessidades de ajuste de meta.

Art. 22. O art. 33 da Resolução Normativa - RN 483/2022 passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Subseção II

Do pagamento antecipado e à vista da multa

Art. 33. ....

.....

§ 1º - A. Quando a operadora atender aos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, o desconto percentual previsto no § 1º será de 60% (sessenta por cento) sobre o valor da multa correspondente à infração

administrativa apurada no auto de infração referente aos tipos descritos nos artigos 101 ao 103 da RN nº 489/22, observados os requisitos descritos neste artigo.

.....” (NR)

Art. 23. O art. 99 da Resolução Normativa – RN nº 489/2022 passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Regras de atendimento aos beneficiários nas solicitações não assistenciais e de coberturas assistenciais

Art. 99. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações não assistenciais e de coberturas assistenciais.

Sanção – Advertência;

Multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

§ 1º Quando a operadora atender aos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, será aplicada a sanção prevista nos tipos desta RN por absorção, quando a conduta configurar infração mais grave.

§ 2º Quando a operadora não atender aos critérios de metas de IGR delineados em ficha técnica específica, poderá ser aplicada cumulativamente a sanção prevista nos tipos desta RN, mesmo quando a conduta configurar infração mais grave.” (NR)

Art. 24. Ficam revogadas a Resolução Normativa - RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016, e o parágrafo único do art. 92 da RN nº 489/2022.

Art. 25. Essa resolução normativa entra em vigor em (XXXXX) dias após a sua publicação.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO  
DIRETOR-PRESIDENTE

## ANEXO

### FICHA TÉCNICA DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

#### 1 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

##### **Conceituação:**

Sequência numérica única fornecida pela operadora ao beneficiário, a qual o possibilita acompanhar sua demanda.

##### **Formato padrão:**

XXXXXXXXAAAMMDDNNNNNN

Em que:

XXXXXXXX = registro ANS da Operadora

AAAA = ano

MM = mês

DD = dia

NNNNNN = sequencial que identifique a ordem de entrada de reclamação na Operadora

##### **Objetivo:**

Possibilitar a imediata identificação da Operadora e da data em que o atendimento foi prestado.

Não haverá duplicidade de números e todos os protocolos recebidos terão a mesma configuração.

##### **Referências:**

RN N° XXX, DE XXXX, que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e administradoras de benefícios nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, bem como não assistenciais, em qualquer modalidade de contratação.



DECRETO Nº 11.034, DE 5 DE ABRIL DE 2022, regulamenta a lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - código de defesa do consumidor, para estabelecer diretrizes e normas sobre o serviço de atendimento ao consumidor.