

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° , DE DE DE 2007.

Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário; dispõe sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo consumidor/beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU n° 2, de 4 de novembro de 1998, artigos 2° e 4° da Resolução CONSU 15 de 23 de março de 1999, e a Resolução Normativa RN n° 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN n° 124, de 30 de março de 2006.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso da competência a ela conferida pelos incisos II, IX, XV, XXIV, XXVIII e XXXVII, do art. 4º, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e considerando o disposto no parágrafo único, do art. 11, da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião de XX de agosto de 2007, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Das Disposições Gerais

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo consumidor/beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o consumidor/beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei n° 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei n° 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e eventos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo consumidor/beneficiário ou seu representante legal;

III - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9656, de 1998.

Parágrafo único. O processo administrativo de que trata esta Resolução diz respeito, exclusivamente, ao julgamento do mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do consumidor/beneficiário na Declaração de Saúde no momento da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Seção I

Da Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário

Art. 3º Institui-se a Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde, observado o prazo previsto no § 1º do art. 30 desta Resolução.

Parágrafo único. A Carta de que trata o caput deste artigo é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o consumidor/beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá:

I - conter a identificação e assinatura do consumidor/beneficiário, e data da ciência;

II - conter a identificação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o consumidor/beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde; e

III - nos casos de planos coletivos com menos de 50 (cinquenta) consumidores/beneficiários, conter a assinatura do consumidor/beneficiário titular, e data da ciência.

§ 3º Em todos os contratos de planos privados de assistência à saúde, a Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário deve preceder o formulário de Declaração de Saúde.

Art. 4º O Anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho a ser utilizado (Times New Roman, 11, espaçamento simples).

Parágrafo único. Para abertura de processo administrativo por alegação de doenças ou lesões preexistentes, somente serão válidas as Cartas de Orientação ao Consumidor/Beneficiário sem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo deste anexo.

Seção II

Da Doença ou Lesão Preexistente

Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos com menos de 50 (cinquenta) consumidores/beneficiários,

contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, fica o consumidor/beneficiário obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio de uma Declaração de Saúde, o conhecimento de doença ou lesão preexistente, à época da assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º O consumidor/beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o consumidor/beneficiário.

§ 2º Caso o consumidor/beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

§ 3º O objetivo da Entrevista Qualificada é orientar o consumidor/beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o consumidor/beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e conseqüências da omissão de informações.

§ 4º É vedada a alegação de doença ou lesão preexistente após a entrevista qualificada se, porventura, for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor/beneficiário, pela operadora.

Art. 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão, por sua livre iniciativa, oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o consumidor/beneficiário.

§ 1º Sendo constatada por perícia, na entrevista ou através de declaração expressa do consumidor/beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá, neste momento, oferecer CPT.

§ 2º No caso de aplicação da CPT, as operadoras deverão considerar somente a suspensão de evento cirúrgico, de uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada.

Art. 7º A CPT dar-se-á de acordo com o inciso II do art. 2º desta Resolução, sendo vedada à operadora de planos privados de assistência à saúde, a alegação de doença ou lesão preexistente decorridos 24 meses da data da celebração do contrato.

Parágrafo único. Nos casos de CPT, findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 8º A operadora deverá disponibilizar para o consumidor/beneficiário a relação dos Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e de eventos cirúrgicos

que poderão ser objeto da CPT para a doença ou lesão preexistente em questão.

Subseção I Do Processo Administrativo

Art. 9º Identificado indício de fraude por parte do consumidor/beneficiário, referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao consumidor/beneficiário através de Termo de Comunicação ao Consumidor/Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 12 desta Resolução, e poderá:

I - oferecer CPT ao consumidor/beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual; ou

II - solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, neste momento, ou após recusa do ao consumidor/beneficiário à CPT .

Art. 10. Somente após a comunicação ao consumidor/beneficiário, de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde, por ocasião da assinatura contratual, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

§ 1º Nos casos em que houver acordo de CPT, a operadora não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT.

§ 2º Somente serão deferidas solicitações de abertura de processos administrativos de alegação de doenças ou lesões que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, de acordo com o definido no Rol de Procedimentos da ANS em vigor.

§ 3º Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

§ 4º Cabe à operadora o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do consumidor/beneficiário de doenças ou lesões preexistentes, não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§ 5º A solicitação de abertura de processo administrativo por alegação de DLP é prerrogativa exclusiva da operadora, por meio de seu representante legal junto à ANS ou qualquer pessoa devidamente autorizada, com firma reconhecida, por instrumento de mandato, com firma reconhecida ou cópia autenticada da procuração.

§ 6º O processo administrativo é de característica individual, sendo vedada a abertura de processos administrativos onde conste mais de um consumidor/beneficiário.

Art. 11. O prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo é de 24 (vinte e quatro) meses, considerando-se o período entre a data da assinatura contratual ou adesão ao plano e a data de protocolo desta solicitação.

§ 1º A solicitação de abertura de processo administrativo deverá ser protocolizada:

I - na sede da ANS;

II – no Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização (NURAF) da ANS; ou

III - encaminhada pelos Correios diretamente à ANS, sendo a data de postagem observada para o cumprimento do prazo estipulado.

§ 2º A solicitação de abertura do processo administrativo que ultrapassar o período de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual, será indeferida.

§ 3º Apenas nos casos onde a data da documentação comprobatória e a data do envio da Comunicação ao Consumidor/Beneficiário pela operadora coincidirem com o 24º (vigésimo quarto) mês da assinatura contratual e/ou adesão ao plano, o prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo será de 25 (vinte e cinco) meses, considerando-se os termos inicial e final dispostos no caput deste artigo .

Art. 12. Para fins de solicitação de abertura de processo administrativo, a operadora deverá, obrigatoriamente, apresentar os documentos abaixo listados, em duas cópias legíveis, sem rasuras, com a identificação do consumidor/beneficiário e com as devidas assinaturas e datas:

I - Termo de Alegação, contendo a identificação do consumidor/beneficiário, a descrição da doença com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID), ou lesão alegada que será objeto de julgamento, o número do registro do plano privado de assistência à saúde, o nº de registro do consumidor/beneficiário enviado ao Sistema de Informação de Beneficiário (SIB) e a assinatura do representante legal da operadora junto à ANS ou seu procurador;

II - Termo ou Proposta de Adesão ao plano privado de assistência à saúde;

III - Carta de Orientação ao Consumidor/Beneficiário, exceto para os contratos celebrados anteriormente ao prazo constante do art. 30 desta Resolução;

IV - Declaração de Saúde, devidamente assinada pelo consumidor/beneficiário citado no processo, ou seu representante legal, no caso de consumidor/beneficiário menor de 18 anos ou incapaz;

V - Termo de Comunicação ao Consumidor/Beneficiário, contendo:

a) nome do consumidor/beneficiário;

b) doença ou lesão alegada;

c) o prazo de, no mínimo, 10 (dez) dias para manifestação do consumidor/beneficiário perante a alegação da operadora;

VI - comprovante de recebimento do Termo de Comunicação ao Consumidor/Beneficiário;

VII - documentação comprobatória do conhecimento prévio do consumidor/beneficiário sobre a doença ou lesão preexistente, original ou cópia autenticada (uma das vias), com a identificação do consumidor/beneficiário e do emitente;

VIII – endereço atualizado do consumidor/beneficiário ou do seu representante legal; e

IX – no caso de contrato coletivo com menos de 50 (cinquenta) consumidores/beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato, na data em que o consumidor/beneficiário, citado no processo administrativo aderiu ao plano privado de assistência à saúde.

§ 1º Serão aceitos, para fins de comprovação do recebimento do Termo de Comunicação ao Consumidor/Beneficiário: documento assinado pelo consumidor/beneficiário, Aviso de Recebimento - AR ou Telegrama (com a descrição da declaração de conteúdo e comprovante de recebimento);

§ 2º Não serão aceitas cópias emitidas por fax.

§ 3º Na falta de qualquer um dos documentos supracitados, a solicitação de abertura do processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente por parte do consumidor/beneficiário será arquivada pelo Gerente-Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos – GGTAP/DIPRO e a operadora será notificada sobre o arquivamento e sua motivação.

§ 4º Uma via dos documentos apresentados pela operadora será enviada para o consumidor/beneficiário na ocasião de sua notificação, na forma do art. 16, desta Resolução.

Art. 13. Será indeferida a solicitação de abertura de processo administrativo de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual, na seguinte forma:

I – falta de qualquer um dos documentos obrigatórios, definidos no art. 12 desta Resolução;

II – Declaração de Saúde que não contiver a assinatura do consumidor/beneficiário, citado no processo, ou seu representante legal, no caso de consumidor/beneficiário menor de 18 anos ou incapaz;

III - decurso de prazo, conforme art. 11 desta Resolução;

IV - planos privados de assistência à saúde coletivos com 50 (cinquenta) ou mais consumidores/beneficiários;

V - ao consumidor/beneficiário que, por ocasião da entrevista qualificada, passou por qualquer tipo de exame ou perícia;

VI - ao consumidor/beneficiário que fez acordo de CPT, oferecido pela operadora, para a doença ou lesão alegada;

VII - adaptação e migração de contratos;

VIII - já existir processo administrativo de alegação de omissão de informação de doença ou lesão preexistente na Declaração de Saúde contra o mesmo consumidor/beneficiário e com mesma alegação; e

IX - o consumidor/beneficiário, titular ou não do plano privado de assistência à saúde, individual ou coletivo, substituir o plano ao qual estava vinculado, por período superior aos 24 (vinte e quatro) meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação, sem interrupção de tempo, bem como no caso de transferência de carteira entre operadoras.

Parágrafo único. A operadora será notificada do motivo do arquivamento da solicitação de abertura do processo.

Art.14. Quando ocorrer mudança de segmentação entre planos que incluam a hospitalar, o período referente ao art. 11 da Lei nº 9656, de 1998 será aproveitado para os procedimentos comuns em ambas as segmentações.

Art. 15. Nos planos hospitalares com obstetrícia, cumprida a carência para parto, às crianças nascidas ou adotadas não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 primeiros dias de vida, assim como estará garantida a sua inscrição como dependente sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária, desde que incluso no plano no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento, da guarda provisória ou da adoção definitiva.

Art. 16. Estando em ordem a documentação, a ANS notificará o consumidor/beneficiário, a fim de que este se manifeste acerca do processo administrativo no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a notificação for efetuada.

§1o Da notificação deverá constar:

I – cópia da solicitação de abertura do processo administrativo e de toda a documentação que a operadora enviou;

II – o número do processo administrativo;

III – o prazo para a resposta;

IV – o número da presente Resolução Normativa e a sua disponibilidade no site da ANS;

§ 2º A notificação realizar-se-á por via postal, remetida para o endereço do consumidor/beneficiário, cuja entrega será comprovada através de Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, devidamente assinado e datado.

§ 3º Considera-se efetuada a notificação, na data do seu recebimento aposta no AR, ou documento equivalente.

§ 4º A manifestação do consumidor/beneficiário poderá ser protocolizada na sede da ANS, no Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização (NURAF) ou encaminhada pelos Correios diretamente à ANS, sendo a data de protocolo ou de postagem considerada para o cumprimento do prazo estipulado.

Art. 17. A operadora de planos privados de assistência à saúde é responsável pelo envio do endereço atualizado do consumidor/beneficiário, a qualquer tempo, durante o trâmite do processo administrativo.

§ 1º Caso não seja possível notificar o consumidor/beneficiário a partir do endereço enviado pela operadora, esta será intimada pela ANS, a fim de enviar no prazo máximo de 15 (quinze) dias o endereço atualizado.

§ 2º Frustrada a nova tentativa de notificação por via postal, esta será realizada por edital, publicado uma única vez no Diário Oficial da União, e o processo ficará suspenso por até um ano, até que a operadora envie o endereço atualizado e a notificação seja devidamente efetuada.

§ 3º Após um ano de suspensão do processo, caso o consumidor/beneficiário não seja localizado por meio do endereço enviado pela operadora, ou não atenda aos termos do edital, o processo será arquivado, nos termos do art. 40 da Lei nº 9.784 de 1999.

Art. 18. A ANS poderá requerer a qualquer momento e a qualquer uma das partes, documentos e/ou informações que julgar necessárias à instrução do processo administrativo, definindo o prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de recebimento do ofício de comunicação para a manifestação das partes.

Parágrafo único. No caso de haver juntada de novos documentos, fica assegurado o direito à outra parte interessada para manifestação no prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 19. Na fase de instrução do processo, as partes poderão juntar outros documentos ou pareceres, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão.

Art. 20. Com o processo devidamente instruído, deverá ser elaborada Nota pelo órgão competente, no prazo de 15 (quinze) dias, salvo prorrogação por igual período, expressamente motivado, com vistas a subsidiar a decisão a ser proferida pelo Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Parágrafo único. Caso o consumidor/beneficiário não se manifeste no prazo estipulado, o processo será analisado de acordo com a documentação enviada pela operadora.

Art. 21. O Diretor da DIPRO proferirá decisão, no prazo de 30 (trinta) dias, salvo prorrogação por igual período, expressamente motivada, da qual serão intimadas as partes, para, se for o caso, interpor recurso administrativo perante a Diretoria Colegiada como instância administrativa máxima.

§ 1º A intimação realizar-se-á:

I - ordinariamente, por via postal, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente emitido pelo serviço postal, devidamente assinado;

II - por edital publicado uma única vez no Diário Oficial da União, se frustrada a tentativa de intimação por via postal.

§ 2º Do edital deverá constar, quando couber:

I - o nome do consumidor/beneficiário;

II - a descrição do objeto do processo;

III - a disposição legal ou infralegal pertinente;

IV - a obrigação a cumprir;

V - o nome da operadora;

VI - o número do processo administrativo;

VII - o resumo da decisão; e

VIII - o prazo para recurso administrativo.

§ 3º Considera-se efetuada a intimação na data em que esta for recebida ou na data da publicação do edital.

§ 4º O recurso administrativo poderá ser interposto no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a intimação da decisão for efetuada e deverá ser dirigido à DIPRO, que notificará a outra parte, concedendo prazo de 15 (quinze) dias para manifestação.

§ 5º O recurso administrativo e a contra-razão poderão ser protocolados na sede da ANS, ou nos NURAF's ou encaminhados pelo correio.

§ 6º Na hipótese de recurso administrativo encaminhado pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.

§ 7º Não havendo interposição de recurso administrativo no prazo regular, a decisão deverá ser comunicada às partes e publicada, em extrato, no Diário Oficial da União, e o processo administrativo arquivado, após a adoção das providências cabíveis.

Art. 22. No caso de interposição de recurso administrativo, após decorrido o prazo da apresentação das contra-razões, o processo administrativo será encaminhado à Coordenação de Apoio à Diretoria Colegiada - COADC/PRESI da

ANS para posterior apreciação ou julgamento pela Diretoria Colegiada, no prazo de 30 (trinta) dias, contados do seu recebimento, podendo ser prorrogado por igual período, mediante expressa justificativa.

Parágrafo único. A decisão proferida pela Diretoria Colegiada deverá ser publicada, em extrato, no Diário Oficial da União, disponibilizada no site da ANS e informada às partes na forma do art. 21, não cabendo recurso.

Art. 23. Identificada no curso do processo a existência de indícios de prática infrativa, a DIPRO dará ciência do fato à Diretoria de Fiscalização – DIFIS, para as providências cabíveis.

Art. 24. Sendo o julgamento final favorável à operadora, ou seja, tendo sido comprovada a fraude por parte do consumidor/beneficiário no que diz respeito ao seu conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente à data da contratação e/ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, é facultado à operadora:

I - responsabilizar o consumidor/beneficiário pelo pagamento das despesas relacionadas aos procedimentos passíveis de CPT para a doença ou lesão declarada, no período compreendido entre a data da comunicação ao consumidor/beneficiário e os 24 meses da data de assinatura do contrato; e

II - proceder à exclusão do consumidor/beneficiário que foi parte no processo administrativo, independente do tipo de plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo único. No caso do excluído ser o titular do plano familiar, este poderá transferir a titularidade a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais o responsável pelo plano contratado. No caso de planos coletivos, com menos de 50 consumidores/beneficiários, somente o consumidor/beneficiário julgado será excluído.

Art. 25. A operadora poderá solicitar, a qualquer tempo, o arquivamento do processo administrativo já autuado.

§ 1º Caso o consumidor/beneficiário já tenha sido notificado a respeito da abertura do processo administrativo, este deverá manifestar concordância para a efetivação do arquivamento.

§ 2º A ANS deverá comunicar a decisão de arquivamento administrativo às partes, na forma do art. 21.

Das Disposições Finais

Art. 26. A presente Resolução Normativa aplica-se a todos os processos em curso, sem prejuízo dos atos já praticados.

Art. 27. Aplicam-se subsidiariamente ao processo administrativo de que trata a presente Resolução as disposições da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 28. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, bem como, no que couber, aos demais contratos vigentes.

Parágrafo único. A partir da data de publicação desta Resolução, os contratos de que trata o caput deste artigo e que contenham cláusula de exclusão de doenças ou lesões preexistentes estão sujeitos à aplicação dos conceitos definidos nesta Resolução e ao julgamento administrativo da alegação por parte da ANS.

Art. 29. A Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

“Art. 74-A Deixar de fornecer Carta de Orientação ao Consumidor previamente ao preenchimento da declaração de saúde no momento da assinatura do contrato.

**Sanção - advertência
multa R\$ 25.000,00”**

“Art. 74-B Fornecer Carta de Orientação ao Consumidor fora do padrão estabelecido pela ANS.

**Sanção – advertência
multa R\$ de 10.000,00”**

Art. 30. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

§1º Os artigos 3º, 4º e art. 12, inciso III, desta Resolução entrarão em vigor 60 (sessenta) dias a partir da publicação desta Resolução.

§2º A exigência do envio do Termo de Comunicação ao Consumidor/Beneficiário, nos termos do art. 12, inciso V, desta Resolução entrará em vigor 30 (trinta) dias a partir da publicação desta Resolução.

§3º Enquanto não decorrido o prazo estabelecido no § 2º deste artigo, continua em vigor o art. 3º, §1º, inciso III da RN nº 55, de 2 de novembro de 2003.

Art. 31. Ficam revogadas as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998 e nº 17 de 23 de março de 1999, e RN nº 55, de 2003.

Art. 32. Esta Resolução revoga o instituto do Agravo, previsto nas Resoluções Normativas – RN nºs 20/02, 55/03 e Resoluções CONSU nºs 2/98 e 14/98, e nº 17/99.

Parágrafo único. Os Agravos já contratados com base nos normativos acima descritos, até a data de publicação desta Resolução, deverão ser mantidos até o prazo final acordado entre as partes.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor-Presidente

ANEXO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Consumidor/beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o consumidor/beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o consumidor/beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o consumidor/beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.**

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora poderá oferecer a **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O CONSUMIDOR/BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao consumidor/beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo consumidor/beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e cobrar pelas despesas efetuadas com os procedimentos que deveriam estar sob CPT, caso a doença ou lesão tivesse sido declarada.

- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o consumidor/beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o consumidor/beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos da ANS através do endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Consumidor/beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Consumidor/beneficiário.

Consumidor/beneficiário
_____, ____/____/____
Local Data
Nome: _____
Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o
consumidor/beneficiário
_____, ____/____/____
Local Data
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____