

RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº XXXXX, DE XX DE XXXXXX DE 2008.

*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 xx de xxxxxxxx de 2008, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

## CAPÍTULO I

### 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 é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem seu grupo familiar.

Parágrafo único. Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, pessoa natural, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

## Subseção II

### Da Carência e Cobertura Parcial Temporária

Art. 4º No plano privado de assistência à saúde individual ou familiar, poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da Resolução específica em vigor, além de ser facultada 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, desde que a contratante contribua com pelo menos vinte por cento do valor total das contraprestações pecuniárias do beneficiário titular.

§ 1º O vínculo à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda:

I - sócios da pessoa jurídica contratante;

II - administradores da pessoa jurídica contratante;

III - aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no **caput** do art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV – agentes políticos; e

V – trabalhadores temporários.

§ 2º Poderão ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial:

I - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, cônjuge e companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como demais vínculos do § 1º deste artigo; e

II – os pensionistas do beneficiário titular.

§ 3º A adesão do grupo familiar previsto no inciso I do § 2º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no plano de que trata o **caput** deste artigo.

§ 4º O limite percentual de contribuição definido no **caput** não se aplica às pessoas jurídicas de direito público, que observarão disciplina específica sobre a matéria.

## **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.

## **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.

## **Subseção IV**

### **Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias**

Art. 8º O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora de plano de assistência à saúde será de responsabilidade exclusiva da pessoa jurídica contratante.

## **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 em razão de sua profissão com as seguintes pessoas jurídicas:

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

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

III – as associações profissionais legalmente constituídas;

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

V – outras entidades, tais como caixas de assistência e fundações de direito privado, que se enquadrem nas disposições desta Resolução, mediante avaliação prévia da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE da ANS.

§ 1º Poderão ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão:

I - o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, cônjuge e companheiro; ou

II - os pensionistas do beneficiário titular.

§ 2º A adesão do grupo familiar a que se refere o inciso I do § 1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no plano de que trata o **caput** deste artigo.

§ 3º Caberá à operadora de plano de assistência à saúde a exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do artigo 9º 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.

Art. 11. As pessoas jurídicas de que trata o art. 9º poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, podendo tal contratação realizar-se:

I – diretamente com a operadora; ou

II – com a participação de Administradora de Benefícios.

## **Subseção II**

### **Da Carência**

Art. 12. 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 ao plano sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

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

II - a proposta de adesão seja formalizada até 30 dias antes da data de aniversário do contrato coletivo.

§ 2º Após o transcurso dos prazos definidos no **caput** e § 1º deste artigo poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação específica, limitada ao previsto na lei.

## **Subseção III**

### **Da Cobertura Parcial Temporária**

Art. 13. No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá haver 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. 14. O pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora de planos de assistência à saúde será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

Art. 15. A pessoa jurídica contratante poderá delegar a cobrança das contraprestações pecuniárias dos beneficiários, devendo ser explicitados no boleto de pagamento o nome da pessoa jurídica contratante e do beneficiário.

Art. 16. 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.

## **CAPÍTULO III**

### **DAS DISPOSIÇÕES COMUNS AOS PLANOS COLETIVOS**

#### **Seção I**

##### **Da Proibição de Seleção de Riscos**

Art. 17. Para vínculo 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.

#### **Seção II**

##### **Da Rescisão ou Suspensão**

Art. 18. As condições de rescisão ou suspensão dos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial devem estar previstas no 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.

#### **Seção III**

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

Art. 19. As operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários nas seguintes hipóteses:

I - a pedido do beneficiário;

II - fraude; ou

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

## Seção IV

### Do Reajuste

Art. 20. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no **caput** do artigo 23.

Parágrafo único. 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.

Art. 21. Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato.

Art. 22. Não poderá haver discriminação quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados.

Art. 23. 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.

## CAPÍTULO IV

### DA ORIENTAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS

Art. 24. Como parte dos procedimentos para contratação ou adesão aos planos individuais ou coletivos as operadoras de planos de assistência à saúde deverão entregar, ao beneficiário, Orientação para Contratação de Planos de Saúde e Resumo Contratual.

§ 1º A Orientação para Contratação de Planos de Saúde e Resumo Contratual serão objeto de regulamentação através de Instrução Normativa a ser editada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, e deverão conter, no mínimo:

- I – prazos de carência;
- II - vigência contratual;
- III – critérios de reajuste;
- IV – segmentação; e
- V – abrangência geográfica.

Art. 25. Os formulários utilizados pelas operadoras de planos de assistência à saúde ou pelas pessoas jurídicas contratantes para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou

disponibilizados devem contemplar referência à entrega desses documentos, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

## CAPÍTULO V

### DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 26. Os planos privados de assistência à saúde coletivos em vigor que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta Resolução até o prazo final de sua vigência não poderão ser renovados pela Operadora.

Art. 27. As operadoras de planos de assistência à saúde deverão adequar o registro dos produtos que possuam características distintas dos parâmetros fixados nesta Resolução, observando os procedimentos a serem definidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 1º As operadoras de planos de assistência à saúde terão o prazo de até doze meses, a contar da publicação da Instrução Normativa a que se refere o **caput** deste artigo, para adequar o registro dos 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 que não forem adequados no prazo estabelecido no **caput** 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.

Art. 28. Os contratos coletivos por adesão celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 1998, que não forem adaptados ou aditivados no prazo de doze meses para adequação aos parâmetros fixados nesta Resolução não poderão receber novos beneficiários titulares, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.

## CAPÍTULO VI

### DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29. A adesão de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos art. 5º e 9º desta Resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora de planos de assistência à saúde, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

Art. 30. Revoga-se a Resolução CONSU nº 14, de 3 de novembro de 1998.

Art. 31. Esta Resolução entra em vigor noventa dias após sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS  
Diretor-Presidente