

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° xxx, de xx de xxxxxx de 2017

Dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 3º, incisos XXXII e XXXVI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art. 10, também da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em XX de XXXX de 201X, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, previsto no artigo 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, pelo empresário individual.

Art. 2º O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, previsto no artigo 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009.

§1º. Para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, o empresário individual deverá apresentar documento necessário para exercício da atividade profissional, que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

§2º Para a manutenção do contrato coletivo empresarial, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, de acordo com sua forma de constituição.

Art. 3º A comprovação prevista no art. 2º, bem como dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ela vinculados, dispostos no art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, deverá ser exigida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como pelas administradoras de benefícios, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do contrato.

§1º A celebração e a manutenção de contrato de plano de saúde coletivo empresarial que não atenda ao disposto no *caput* deste artigo equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê o art. 32 da Resolução Normativa nº 195, de 2009.

§2º O ingresso de beneficiários que não atenda aos requisitos de elegibilidade previstos no artigo 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, acarretará a constituição de vínculo direto e individual desses beneficiários com a operadora, passando a ter o mesmo tratamento normativo delineado no parágrafo anterior.

§3º. A comprovação anual de que trata o *caput* deste artigo também deverá ser exigida de empresário individual que figure como contratante em plano coletivo empresarial celebrado antes da vigência da presente resolução.

Art. 4º Os comprovantes exigidos no artigo. 3º desta resolução, físicos ou digitais, relativos aos últimos 5 (cinco) anos de vigência do contrato coletivo empresarial deverão ser guardados pela operadora e disponibilizados à ANS, sempre que requisitados.

Parágrafo Único. A não manutenção dos comprovantes de que trata este artigo, para fins de verificação pela ANS, sujeita a operadora às penalidades cabíveis.

Art. 5º Caberá à operadora ou administradora de benefícios informar ao contratante as principais características do contrato a que estão se vinculando, tais como o tipo de contratação, as regras de cálculo e aplicação de reajuste, segundo o disposto na Resolução Normativa nº 309, de 2012, e as regras de rescisão, na forma do artigo 6º da presente resolução normativa.

Art. 6º O contrato de plano de assistência à saúde empresarial celebrado na forma do artigo 2º da presente Resolução somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Art. 7º A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos poderá regulamentar o disposto nesta resolução, em especial no que concerne ao fornecimento por operadoras e administradoras de benefícios de informações claras e precisas quando da contratação de plano coletivo empresarial.

Art. 8º Esta resolução altera o Anexo I, da Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil.

Parágrafo Único. O anexo I da Resolução Normativa nº 389, de 2015, o qual estabelece as informações mínimas acerca dos diferentes tipos de contratação de plano privado de saúde, passa a vigorar com a redação do Anexo desta Resolução.

Art. 9º Esta Resolução Normativa entra em vigor no prazo de 30 (trinta) dias da data de sua publicação.

Leandro Fonseca da Silva
Diretor-Presidente Substituto

ANEXO
“ANEXO I

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. **Veja as particularidades de cada tipo:**

| | Plano Individual ou Familiar | Plano Coletivo por Adesão | Plano Coletivo Empresarial | Plano Coletivo Empresarial contratado Empresário Individual |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quem pode ingressar em um plano de saúde? | Qualquer indivíduo. | Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial. | Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária. | Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato. |
| Carência | Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo. | Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual. | Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual. | Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos. |
| Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)** | Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. | Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. | Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica. | Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta |

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica. |
| Rescisão pela operadora: | A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência | A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência. | A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência. | A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência |

| | | | | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora. |
| Reajuste:*** | Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. *** | Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. *** | Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. *** | Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato.*** |

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.” (NR)”

