

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° xxx, de xx de xxxxxx DE 2016

Dispõe sobre a contratação de planos coletivos empresariais de planos privados de assistência à saúde por microempreendedores individuais e por portadores de Cadastro Específico do INSS.

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. A presente Resolução Normativa dispõe sobre a contratação de planos coletivos empresariais de planos privados de assistência à saúde por microempreendedores individuais – MEI e por portadores de Cadastro Específico do INSS - CEI.

Art. 2º Os microempreendedores individuais - MEI e portadores de Cadastro Específico do INSS - CEI poderão contratar plano de saúde coletivo empresarial previsto no art. 5º da Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009.

Parágrafo único. Na hipótese de o contrato coletivo empresarial a ser celebrado na forma estabelecida no caput prever até cinco beneficiários, independentemente de serem titulares ou dependentes, sendo, a maior parte dos vínculos representada pelo grupo descrito no inciso VII, do § 1º, do art. 5º da RN nº 195, de 2009, o contrato somente poderá ser celebrado após 6 meses de constituição do MEI/CEI.

Art. 3º A legitimidade do MEI/CEI contratante deverá ser exigida e comprovada pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como pelas Administradoras de Benefícios, quando estas figurarem como estipulantes do contrato firmado com a operadora.

Art. 4º A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos poderá regulamentar o disposto nesta Resolução Normativa, 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. 5º Fica alterado o anexo da Resolução Normativa - RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, a qual 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, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

Art. 6º Esta Resolução Normativa entra em vigor no prazo de 30 (trinta) dias da data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor-Presidente

ANEXO

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. 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.

MEI - Microempreendedor Individual (MEI) é a pessoa que trabalha por conta própria e que se legaliza como pequeno empresário. A Lei Complementar Nº 128, de 19 de dezembro de 2008 ao alterar a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, criou condições especiais para que o trabalhador conhecido como informal possa se tornar um MEI legalizado. (mais informações em <http://www.portaldoempreendedor.gov.br/mei-microempreendedor-individual>).

CEI - Cadastro Específico do INSS – (mais informações em <http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/cadastros/cadastro-especifico-do-inss-cei/quem-devera-efetuar-a-matricula-cei>)

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 por MEI ou CEI
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.	CEI ou MEI e indivíduo com vínculo a esta pessoa jurídica por relação empregatícia. Quando for para contrato coletivo contendo até cinco beneficiários, incluindo titulares e dependentes, onde 50% ou mais são do grupo familiar, somente poderá contratar

				quando constituído o MEI ou o CEI há pelo menos seis meses.
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. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica	Reajuste único para agrupamento de contratos com

	ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	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)”