



PROCESSO Nº: 33910.007545/2020-95

NOTA TÉCNICA Nº 8/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS

ASSUNTO

1. ADOÇÃO DE MEDIDAS EXTRAORDINÁRIAS DE CONTENÇÃO DA DISSEMINAÇÃO DO COVID-19 NO ÂMBITO DA ANS. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016 E EM NORMA CORRELATA - RN Nº 412/2016.

CONTEXTUALIZAÇÃO

2. É fato notório que o mundo vive uma pandemia de coronavírus. Nesse contexto a ANS em sintonia com as orientações emanadas pelo Ministério da Saúde vem tomando medidas extraordinária de forma a gerenciar as ações de saúde necessárias ao enfrentamento do problema. No que diz respeito, em 20 de março, a DICOL aprovou a Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS (doc. SEI 16346094), que propôs a suspensão da obrigatoriedade do atendimento presencial por 30 (trinta) dias a partir de 23/03/2020.

3. É muito importante deixar consignado que o País vive um ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA e que a presente nota não pretende ser uma Análise de Impacto Regulatório - AIR nos moldes em que a melhor técnica regulatória estipula, mas a exposição dos novos motivos pelos quais medidas excepcionais precisam ser tomadas no âmbito da RN nº 395/2016 que dispõe sobre as regras 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, em qualquer modalidade de contratação.

4. **Na mesma linha, adianta-se, desde já, a existência de impacto na aplicação da RN nº 412/2016, que dispõe 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. Vários dos seus preceitos foram extraídos da RN nº 395/2016, razão pela qual medidas similares também devem ser propostas.**

ANÁLISE DE POSSÍVEIS MEDIDAS

5. Primeiramente, cabe reprimir o que a DICOL já aprovou em caráter temporário no que tange à RN nº 395/2016:

Trecho da ata:

“Assunto: Deliberação sobre ações regulatórias da ANS frente ao enfrentamento do COVID 19.

(...)

Decisão: Aprovadas por unanimidade as seguintes medidas propostas pela:

1 – Diretoria de Fiscalização – DIFIS, nos termos da Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS (16451589): **(i) suspensão do atendimento presencial obrigatório por parte das operadoras por 30 dias a partir de 23/03/2020;** (ii) alteração temporária do prazo para solução da demanda junto ao beneficiário para até 10 (dez) dias úteis na NIP assistencial a partir de 23/03/2020; e (iii) interrupção dos prazos NIP assistencial e dos processos sancionadores por 30 (trinta) dias a partir de 23/03/2020.

(...)"

6. No exercício de monitoramento contínuo das atividades fiscalizatórias, bem como acompanhamento da evolução das medidas adotadas no âmbito da Pandemia transcorrida mais de uma semana daquela deliberação da DICOL, vislumbra-se, nesse momento, a necessidade de proposição de novas medidas quanto a esse tema.

7. As proposições ora sugeridas na presente Nota vão ao encontro de todas as medidas que vem sendo adotadas pela DICOL ao longo desse período, nas diversas áreas da regulação e podem ser agrupadas da seguinte forma:

a) Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN nº 259/2011: Nesse caso, para as obrigações que apresentam relação com os procedimentos cujos prazos estabelecidos pela norma de garantia de atendimento foram mantidos, também esse serão mantidos. Por outro lado, os prazos que foram excepcionalmente dobrados igualmente serão aqui dobrados:

RN 395/2016: art. 9º e §1º e §2º, art. 10, §1º e §2º, art. 11, art. 12 e art. 14.

RN 412/2016: art. 4º, §1º.

b) Obrigatoriedade do atendimento presencial suspenso:

RN 395/2016: art. 2º, art. 5º, art. 6º.

RN 412/2016: art. 4º, I e §1º, art. 6º, §1º, art. 11, §3º, art. 16, I (no que couber)

c) Demais disposições e prazos mantidos.

Mantidas todas as demais disposições com alguns cometários elucidativos no anexo.

8. Considerando esses agrupamentos, para facilitar a visualização e a aplicação da norma pelo fiscal, entende-se que a maneira mais adequada para apresentar as propostas é por meio de comentários em cada dispositivo impactado (documento SEI 16524616, 16524642 e 16531619). Também representa medida de transparência para o agente regulado. **Dessa forma os arquivos em anexo são parte integrante da presente Nota, eis que trazem efetivamente as propostas apresentadas.** Além disso, acompanha esta nota um terceiro anexo, consistente em tabela com os prazos originais estipulados nas Resoluções Normativas nº 395 e 412, e como esses ficarão a caso venham a ser aprovados pela DICOL.

9. Em prosseguimento, importante trazer para a mesma discussão, as medidas a serem adotadas na RN nº 412/2016, que dispõe 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.

10. Quanto à estrutura do funcionamento dos canais de atendimento ali descritos, visualiza-se que as previsões contidas na RN nº 395/2016 foram objeto de expressa remissão. Dessa forma, mostra-se pertinente que a presente Nota aborde também os aspectos da RN nº 412/2016. Para tanto, utiliza-se a mesma forma de apresentação de propostas escolhida para a RN nº 395/2016, ou seja, por meio do arquivo em anexo.

11. Tendo em vista o teor da deliberação supracitada, para que fique claro, importante consignar que a não obrigatoriedade do atendimento presencial abrange não só a RN nº 395/2016, mas também a RN nº 412/2016. Embora o pano de fundo da Nota anteriormente aprovada pela DICOL ter sido a RN nº 395/2016, não há dúvidas que os efeitos da decisão da DICOL também se aplicam à RN nº 412/2016, ainda mais considerando a literalidade da ata. De qualquer forma, a DICOL pode entender pertinente reforçar esse ponto e o marco inicial já em curso.

12. Quanto a impactos, assemelha-se ao que já vem sendo exposto para a DICOL: necessário dentro do cenário da Pandemia, encontrar a melhor solução possível de forma a mitigar o impacto, preservando o equilíbrio da relação beneficiário - operadora.

13. Acrescenta-se também o fato das ações da RN nº 395/2016 serem tratados por meio de Procedimento Administrativo Preparatório - PAP, na forma do art.17 da RN nº 388/2015. Hoje, a DIFIS trata o monitoramento da RN nº 395/2016, por meio de agrupamento de demandas, por operadora, em períodos de 3 (três) ou 6 (seis) meses, a depender da quantidade. Dessa forma, não se visualiza grandes impactos quanto à fiscalização da RN nº 395/2016.

14. Também cabe registrar outra medida temporária para fins da RN nº 395/2016. A RN nº 412/2016, posterior à RN nº 395/2016, em seu art. 4º previu uma nova forma obrigatória de contato: por meio da página da operadora na internet. É certo que o escopo das normas é distinto, contudo, em razão do avanço de tecnologia e essa forma específica de contato já ser já amplamente difundida, importante que a DICOL pondere se é pertinente expedir alguma decisão nesse mesmo sentido para fins de aplicação temporária da RN nº 395/2016. Assim, sugere-se que seja expedida recomendação de que ops implementem seus canais de atendimento privilegiando o meio digital.

15. Quanto à RN nº 412/2016, é matéria tratada no âmbito da NIP, contudo as demandas referentes ao normativo são de natureza não assistencial. Sobre esse ponto, está claro que, nesse momento, o esforço está direcionado para as demandas assistenciais. Há prejuízo, é claro, mas administrável, considerando as prioridades elegidas para o momento.

16. Por fim, importante se destacar que a suspensão da obrigatoriedade do atendimento presencial por parte das operadoras, da forma que foi deliberado pela Diretoria Colegiada durante sua 4ª Reunião Extraordinária, não obsta o atendimento à demanda do consumidor, observados os prazos provisoriamente vigentes, através dos demais canais de atendimento obrigatórios.

CONCLUSÃO

17. Nesse sentido, encaminhe-se a presente Nota acompanhada dos Anexos (documento SEI 16524616, 16524642 e 16531619) ao corpo diretivo da ANS para subsidiar a tomada de decisão. Importante que se fixe o marco inicial e final para aplicação das medidas, este último ainda que temporário, por conta da possibilidade de alteração conforme eventual mudança de cenário.

18. Além do conteúdo dos Anexos, chama-se atenção para que a DICOL avalie os apontamentos feitos nos itens 11 e 14 da presente Nota.

19. À consideração superior.

GUSTAVO JUNQUEIRA CAMPOS
Assessor Normativo

LALUCHA PARIZEK SILVA
Assessora Técnica de Fiscalização

ALEXANDRA CERQUEIRA CAMPOS
Gerente de Processos Sancionadores Julgamento e Intervenção

ÉRICA VANETTI SCHIAVON

Gerente de Atendimento,Mediação e Análise Fiscalizatória

FREDERICO VILLELA CHEIN CORTEZ
Gerente Geral
Gerência Geral de Operações Fiscalizatória

MARCUS TEIXEIRA BRAZ
Diretor Adjunto de Fiscalização Substituto
Diretoria de Fiscalização

De acordo. Encaminhe-se à DICOL, SEGER e COADC para inclusão em pauta da próxima reunião extraordinária a ser realizada em 30/03/2020.

SIMONE SANCHES FREIRE
Diretora de Fiscalização

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Junqueira Campos, Assessor(a) Normativo da DIFIS**, em 03/04/2020, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **LALUCHA PARIZEK SILVA, Assessor Técnico de Fiscalização**, em 03/04/2020, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FREDERICO VILLELA CHEIN CORTEZ, Gerente-Geral de Operações Fiscalizatórias**, em 03/04/2020, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandra Cerqueira Campos, Gerente de Processos Sancionadores, Julgamento e Intervenção**, em 03/04/2020, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **ERICA VANETTI SCHIAVON, Gerente de Atendimento, Mediação e Análise Fiscalizatória**, em 03/04/2020, às 10:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARCUS TEIXEIRA BRAZ, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIFIS (substituto)**, em 03/04/2020, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **SIMONE SANCHES FREIRE, Diretor(a) de Fiscalização**, em 03/04/2020, às 11:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **16515133** e o código CRC **40E8D368**.

Referência: Processo nº 33910.007545/2020-95

SEI nº 16515133

ANEXO A NOTA TÉCNICA Nº 8/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS

PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI 33910.007545/2020-95

No intuito de deixar claro as medidas excepcionais propostas no âmbito da RN Nº 395/2016 o presente documento comentar os principais pontos de atenção e as regras que serão temporariamente modificadas.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016

Dispõe sobre as regras 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, 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 nº9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretora Presidente Substituta, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN define regras 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, em qualquer modalidade de contratação.

Parágrafo único. Para fins desta RN, considera-se atendimento a interação entre o beneficiário e a operadora, independentemente do originador da interação, efetivada por qualquer dos canais previstos no art. 5º

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.

Parágrafo único. 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, quais sejam, pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

Comentário 1: Obrigatoriedade do atendimento presencial suspensa, conforme decisão deliberada na 524ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 20 de março de 2020.

Trecho da ata:

“Assunto: Deliberação sobre ações regulatórias da ANS frente ao enfrentamento do COVID 19.

(...)

Decisão: Aprovadas por unanimidade as seguintes medidas propostas pela:

1 – Diretoria de Fiscalização – DIFIS, nos termos da Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS (16451589): (i) suspensão do atendimento presencial obrigatório por parte das operadoras por 30 dias a partir de 23/03/2020; (ii) alteração temporária do prazo para solução da demanda junto ao beneficiário para até 10 (dez) dias úteis na NIP assistencial a partir de 23/03/2020; e (iii) interrupção dos prazos NIP assistencial e dos processos sancionadores por 30 (trinta) dias a partir de 23/03/2020.

(...)”

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.

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no art. 9º, quando demandadas, as operadoras deverão prestar aos seus beneficiários, de forma imediata, as devidas informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo ainda se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no correspondente instrumento contratual firmado para prestação do serviço de assistência à saúde suplementar.

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

Comentário 2: Verificar anterior. Obrigatoriedade do atendimento presencial por parte das operadoras encontra-se suspensa.

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

Comentário 3: Atendimento telefônico permanece, por ser serviço essencial. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 (art. 3º, I – assistência à saúde, incluído os serviços médicos e hospitalares e art. 3º, VII – serviço de call center).

Parágrafo único. A disponibilização de meio de atendimento via Internet é facultativa para fins de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial.

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 disposto no caput não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e as autogestões.

Comentário 4: Verificar comentário 1. A obrigatoriedade do atendimento presencial por parte das operadoras encontra-se suspensa.

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.

Comentário 5: Verificar comentário 3. O atendimento telefônico das operadoras é essencial, ainda mais num contexto em os postos presenciais estão fechados. Não cabe flexibilização dessa obrigação.

Art. 8º Sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura 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 ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva, ainda que indiretamente, cobertura assistencial.

§ 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 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.

§ 4º Independentemente do porte, as operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 90 (noventa) dias, 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.

§ 5º Os canais de atendimento ao beneficiário voltados à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial serão obrigatoriamente ofertados, ainda que exista entre operadora e prestador de serviço regramento para a apresentação direta de pedidos de autorização dos serviços prestados.

Art. 9º Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial apresentada, a operadora demandada terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentá-la diretamente ao beneficiário.

Comentário 7: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011. Como esses artigos estão ligados à solicitação de procedimento, deve-se seguir exatamente a mesma lógica que foi feita com reação à RN 259/2011, ou seja, dobrá-los.

Decisão da DICOL: dobraram os prazos dos incisos I ao XI do artigo 3º da RN 259/2011. Incisos XII e XIII suspensos até o dia 31/05/2020. Os prazos podem ser revistos a qualquer momento pela própria colegiada. (4ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada, Realizada Em 25 De Março De 2020).

§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 nº259, de 17 de junho de 2011, sejam inferiores ao prazo previsto no caput, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº259 , de 2011.

Comentário 8: Mesmo posicionamento apresentado no comentário 7. Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011.

§ 2º Nas solicitações de procedimentos de alta com plexidade – PAC – ou de atendimento em regime de internação eletiva, as operadoras deverão cumprir o prazo de até 10 (dez) dias úteis para apresentação de resposta direta ao beneficiário, informando as medidas adotadas para garantia da cobertura.

Comentário 9: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011. Mesmo posicionamento apresentado nos comentários 7 e 8, o prazo para resposta seria dobrado. Se o prazo para realização de PAC e procedimento eletivo foi dobrado, por consequência lógica, deve-se dobrar o prazo de resposta ao beneficiário.

§ 3º As solicitações de procedimentos e/ou serviços de urgência e emergência devem ser autorizadas imediatamente pela operadora, observadas as normas legais e infralegais em vigor.

Comentário 10: Aqui a resposta imediata é mantida, da mesma forma como foram mantidos os prazos da RN nº 259/2011 para realização de procedimentos de urgência e emergência. Assim, devido a sua natureza meramente administrativa, não há que se cogitar em dobrar ou interromper os prazos em questão, continuam esses sendo imediatos.

Art. 10. 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 ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§ 1º O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do caput sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

Comentário 11: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011. Prazo dobrado, ressalvada as exceções. Saber o motivo da negativa de autorização tem um cunho informacional importantíssimo para o beneficiário. Além disso, se a operadora analisou o pedido de procedimento do beneficiário e decidiu negá-lo, não haveria um encargo extra de encaminhar essa análise, a fim de que, tomando conhecimento, o beneficiário decida pela abertura de reclamação na ANS.

§ 2º No caso das operadoras de pequeno e médio porte, o prazo de 24 (vinte e quatro) horas previsto no § 1º deverá considerar o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.

Comentário 11: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011.

Art. 11. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidoria da operadora, instituída na forma da RN nº323, de 3 d e abril de 2013.

Comentário13: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011. A norma não coloca prazo para reanálise, que é feita, via de regra (exceção §2º), pela Ouvidoria. Contudo, essa reanálise deve ser feita obrigatoriamente dentro dos prazos da RN n. 259/2011, que foram, em sua maioria, dobrados pela DICOL.

§ 1º No mesmo ato de fornecimento da resposta direta ao beneficiário, a operadora deverá informá-lo acerca do prazo, forma e procedimento a serem observados para apresentação do requerimento de reanálise, inclusive no que se refere à instauração de junta médica, caso haja manifestação de divergência do profissional de saúde solicitante.

§ 2º Caso a operadora esteja dispensada da criação de unidade organizacional específica de Ouvidoria, as revisões apresentadas serão apreciadas pelo representante institucional previsto no art. 8ºda RN nº323, de 2013.

§ 3º Caso a operadora imponha ao beneficiário procedimento excessivamente complexo para apresentação do requerimento de reanálise, de modo que impeça ou restrinja o exercício dessa faculdade, será configurada a infração prevista nessa norma, por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

Art. 12. 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 nº259, de 2011.

Comentário 14: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011.Em coerência com o que já foi deliberado pela Dicol sobre os prazos da RN n. 259/2011, as disposições dessa norma seguem a flexibilização que foi feita, ou seja, dobra-se.

Parágrafo único. As informações prestadas em atendimento a esta Resolução deverão observar o Padrão TISS, disciplinado pela RN nº 305, de 9 de outubro de 2012.

Art. 13. 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.

Art. 14. Os beneficiários, caso assim solicitem, terão acesso, sem ônus, aos registros de seus atendimentos, em até 72 (setenta e duas) horas da solicitação respectiva, respeitado o disposto no § 4º do art. 8º.

Comentário 15: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011.

Art. 15. A presente Resolução não afasta a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº6.523, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei nº8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC, ou legislação que o substitua.

Art. 16. A RN 124 passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art. XX. Deixar de observar as regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial, exceto quando a conduta configurar negativa de cobertura, caso em que será aplicada a sanção desta sanção - multa de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Art. 17. Fica revogada a RN nº319, de 5 de março de 2013 e fica revogado parágrafo único do art. 74 da RN nº 124, de março de 2006.

Art. 18. Essa resolução normativa entra em vigor em 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

SIMONE SANCHES FREIRE
Diretora-Presidente Substituta

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

ANEXO A NOTA TÉCNICA Nº 8/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS

PROCESSO ADMINISTRATIVO SEI 33910.007545/2020-95

No intuito de deixar claro as medidas excepcionais propostas no âmbito da RN nº 412/2016 o presente documento comentar os principais pontos de atenção e as regras que seriam temporariamente modificadas

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Dispõe 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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o artigo 3º, os incisos II e XXXVI do artigo 4º, e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do artigo 86, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 19 de outubro de 2016, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN regulamenta a solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão.

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

I – beneficiário: pessoa física vinculada à operadora por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

II – cancelamento do contrato: rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;

III – exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão: exclusão do beneficiário titular ou dependente, a pedido do titular, de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente.

Art. 3º A regulamentação de que trata o artigo 1º desta Resolução se aplica apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Da Solicitação de Cancelamento do Contrato do Plano de Saúde Individual ou Familiar

Subseção I

Das Formas de Solicitação de Cancelamento do Contrato do Plano de Saúde Individual ou Familiar

Art. 4º O cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar poderá ser solicitado pelo titular, das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

Comentário 1: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011, ou seja, determinar a suspensão da obrigatoriedade de tal modalidade de atendimento.

Leia-se:

Comentário 1: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL (524ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 20 de março de 2020) quanto à RN n. 395/2016, conforme Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS, (SEI PROCESSO Nº: 33910.006606/2020-05, ou seja, determinar a suspensão da obrigatoriedade de tal modalidade de atendimento.

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou

Comentário 2: Atendimento telefônico permanece, por ser serviço essencial. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 (art. 3º, I – assistência à saúde, incluído os serviços médicos e hospitalares e art. 3º, VII – serviço de call center).

III – por meio da página da operadora na internet.

Comentário 3: Meio importante em razão do distanciamento social.

§ 1º As operadoras deverão disponibilizar os meios previstos neste artigo para a escolha dos beneficiários.

Comentário 4: Excetuado o atendimento presencial devido as medidas de distanciamento social.

Leia-se:

Comentário 4: O dever de disponibilizar os meios previstos neste artigo está mantido excetuado o atendimento presencial obrigatório previsto no inciso I, devido as medidas de distanciamento social. Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL (524ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 20 de março de 2020) quanto à RN n. 395/2016, conforme Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS, (SEI PROCESSO Nº: 33910.006606/2020-05).

§ 2º As formas de solicitação previstas nos incisos I e II deste artigo deverão ser disponibilizadas pelas operadoras nos termos e tal como determinado pelos artigos 6º e 7º da RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016, que dispõe sobre as regras 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, em qualquer modalidade de contratação.

Comentário 5: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL quanto à RN n. 259/2011.

Leia-se:

Comentário 5: Aplicação por paralelismo do que foi deliberado pela DICOL na 524ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 20 de março de 2020, quanto à RN n. 395/2016, conforme Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS, (SEI PROCESSO Nº: 33910.006606/2020-05).

§ 3º Para as solicitações a serem realizadas na forma prevista no inciso III deste artigo, a operadora deverá disponibilizar acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS em seu portal corporativo, nos termos previstos na RN 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, 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. 5º No ato da solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar, a operadora prestará ao solicitante todas as informações previstas no artigo 15 desta RN.

Subseção II

Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar

Art. 6º A operadora deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar.

§ 1º As solicitações realizadas de forma presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante.

Comentário 6: Obrigação suspensa decorrente da suspensão da obrigatoriedade do atendimento presencial devido as medidas de distanciamento social.

§ 2º As solicitações realizadas por meio de contato telefônico serão comprovadas pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário.

Comentário 7: Obrigação mantida.

§ 3º As solicitações realizadas por meio de acesso à página da operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática e de protocolo ao beneficiário.

Comentário 8: Obrigação mantida.

Seção II

Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Empresarial

Subseção I

Do Envio da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial

Art. 7º O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

§1º A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

Comentário 9: Obrigação mantida.

§2º Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

§3º A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

Art. 8º Caberá à operadora prestar ao beneficiário as informações previstas no art. 15 desta RN,.

Subseção II
Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial

Art. 9º Caberá à operadora fornecer ao titular solicitante o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial.

Art. 10. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação ao beneficiário não exime a operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Seção III
Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Por Adesão

Subseção I
Dos Meios de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão

Art. 11. O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou

II – à administradora de benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora; ou

III – à operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º As solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante e pela administradora de benefícios, mencionadas, respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, serão encaminhadas à operadora, para adoção das providências cabíveis.

§ 2º As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, mencionada no inciso I deste artigo, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

§ 3º Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, mencionadas, respectivamente, nos incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar de qualquer uma das formas previstas no art. 4º desta RN, e a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

Comentário 10: Remissão ao art.4º. Obrigação por telefone e internet mantidas, mas obrigatoriedade do atendimento presencial suspenso.

§ 4º Em complemento às formas descritas no § 3º deste artigo, a administradora de benefícios deverá disponibilizar, em seu sítio na internet, a possibilidade de que o beneficiário efetue a solicitação de exclusão.

Art. 12. O beneficiário deverá ser informado do disposto no artigo 15 desta RN.

Subseção II
Da Entrega do Comprovante de Recebimento de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão

Art. 13. A administradora de benefícios ou a operadora destinatária do pedido de exclusão, deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo por adesão.

Parágrafo único. Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário com as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Art. 14. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação não exime a operadora ou a administradora de benefícios do dever de prestar as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Seção IV
Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde

Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão

Subseção I

Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que 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.

Art. 16. As informações de que trata o caput do artigo 15 devem:

I – ser disponibilizadas pelo atendente da operadora ou administradora de benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através dos canais destas entidades previstos na RN nº395/16; ou

Comentário 11: Remissão ao art.4º. Obrigação por telefone e internet mantidas, mas obrigatoriedade do atendimento presencial suspenso.

II - constar do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a ser fornecido pela operadora ou administradora de benefícios, nos demais casos.

Art. 17. As informações de que trata o artigo 15 desta RN serão divulgadas pela ANS em seu sítio institucional na internet e deverão ser disponibilizadas pelas operadoras e administradoras de benefícios nos respectivos sítios na internet, em campo específico que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

Subseção II

Da Entrega do Comprovante de Cancelamento do Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar ou da Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão e das Informações a serem prestadas

Art. 18. A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a operadora ou a administradora de benefícios deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou desligamento do beneficiário, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Comentário 12: obrigação mantida. O escopo do comprovante é dar ao beneficiário um documento que ateste a solicitação do cancelamento, evitando cobranças posteriores, indevidas.

Art. 19. O comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverá informar as eventuais cobranças de serviços pela operadora ou administradora de benefícios.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o beneficiário do pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

Art. 21. A rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário independe do adimplemento contratual.

Art. 22. As solicitações de exclusão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizados pelas entidades de autogestão, que se enquadram no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, deverão seguir o disposto na Seção I do Capítulo II desta RN.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde ou as administradoras de benefícios poderão efetuar a exclusão de beneficiário em plano de saúde coletivo, conforme solicitado pelo beneficiário, sem a anuência da pessoa jurídica contratante quando solicitada na forma disposta nos artigos 7º, § 2º e 11, incisos II e III.

Art. 24. As disposições que tratam o art. 4º desta RN não afastam a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC.

Art. 25. A RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, passa a vigorar acrescida do artigo 76-B, com a seguinte redação:

“Cancelamento ou Exclusão de beneficiário

Art. 76-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS relativas à solicitação de cancelamento de contrato individual ou familiar ou exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde coletivo.

Sanção – multa de R\$ 30.000,00”

Art. 26. A RN nº 389, de 2015, , passa a vigorar acrescida do art. 27-A, com a seguinte redação:

“Art. 27-A. A solicitação de cancelamento de contrato ou exclusão de beneficiário, por meio do sítio da operadora na internet, conforme definido pela RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, deverá ocorrer na área do PIN-SS.”

Art. 27. As operadoras deverão adaptar o PIN-SS ao disposto no artigo 27-A no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da entrada em vigor desta RN.

Art. 28. Esta Resolução entra em vigor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de sua publicação.

**Anexo a Nota Técnica Nº 8/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS
Processo Administrativo SEI 33910.007545/2020-95**

No intuito de deixar claro as medidas excepcionais propostas no âmbito da **RN Nº 395/2016** o presente documento apresenta os prazos alterados serão temporariamente modificadas.

Artigo	Prazo normal	Prazo proposto	Atenção
9º	5 (cinco) dias úteis	10 (dez) dias úteis	<p>1) Para as obrigações que apresentam relação com os procedimentos cujos prazos estabelecidos pela norma de garana de atendimento foram alterados (incisos I ao XI do artigo 3º da RN 259/2011), também esse serão alterados. Por outro lado, os prazos que foram mantidos igualmente serão mantidos.</p> <p>2) O atendimento presencial obrigatório está suspenso conforme o deliberado pela DICOL na 524ª Reunião Ordinária de Diretoria Colegiada, realizada em 20 de março de 2020, quanto à RN n. 395/2016, conforme Nota Técnica nº 6/2020/DIRAD-DIFIS/DIFIS, (SEI PROCESSO Nº: 33910.006606/2020-05).</p>
9º §1º	prazos da RN 259/2011	Dobrado	
9º §2º	10 (dez) dias úteis	20 (vinte) dias úteis	
9º §3º	imediatamente	imediatamente	
10 §1º	24 horas	48 horas	
10 §2º	24 horas	48 horas	
11	prazos da RN 259/2011	Dobrado	
12	prazos da RN 259/2011	Dobrado	
14	72 horas	144 horas	

No intuito de deixar claro as medidas excepcionais propostas no âmbito da **RN Nº 412/2016** o presente documento apresenta os prazos alterados serão temporariamente modificadas.

Artigo	Prazo normal	Prazo proposto
4º §1º	não há prazo mas por paralelismo está suspensa a obrigatoriedade do atendimento presencial	
4º §2º	prazos da RN 259/2011	Dobrado
<p>Para as obrigações que apresentam relação com os procedimentos cujos prazos estabelecidos pela norma de garana de atendimento foram alterados (incisos I ao XI do artigo 3º da RN 259/2011), também esse serão alterados. Por outro lado, os prazos que foram mantidos igualmente serão mantidos.</p>		