

SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando as regras para planos privados de assistência à saúde com cobertura obstétrica, previstas no inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

Considerando a regra para planos privados de assistência à saúde acerca da inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, prevista no inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando as formas de imposição de carência para planos privados de assistência à saúde, dispostas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; e

Considerando a RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, que dispõe, dentre outras questões, a respeito de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e Cobertura Parcial Temporária (CPT) em planos privados de assistência à saúde; e a Resolução CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

Resolve adotar os seguintes entendimentos vinculativos:

QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO.

1. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.

2. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

2.1 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

2.2 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

2.2.1 - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;

2.2.2 - persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

2.2.3 - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

2.2.4 - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

3. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

QUANTO À INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA.

4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

4.1. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;

4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e

4.3. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

5. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

6. A inscrição do recém nascido, na forma dos itens 4 e 5, pelo dependente de plano privado de assistência a saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, em planos coletivos, observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

QUANTO À INSCRIÇÃO DO MENOR ADOTADO, SOB GUARDA OU TUTELA, OU CUJA PATERNIDADE FOI RECONHECIDA, E DO APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA.

7. O menor de 12 anos adotado por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste, independente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito no plano privado de assistência à

saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda, ou tutela, aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo beneficiário adotante, seja ele pai ou mãe, ou responsável legal, conforme o caso.

8. O filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário pai, independente da segmentação contratada.

9. Em planos coletivos, a inscrição de dependente prevista nos itens 7 e 8 observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante.

QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA E À COBERTURA ASSISTENCIAL DO RECÉM-NASCIDO.

10. Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que diz respeito à imposição de carências máximas no ato da inscrição do recém-nascido, inscrito em até 30 dias na forma dos itens 4 e 5, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, diferenciam-se as seguintes hipóteses:

10.1 caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o recém-nascido será isento do cumprimento de carências para cobertura assistencial; ou

10.2 caso o beneficiário, pai ou mãe, ou responsável legal não tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido seguirá o limite da carência já cumprida pelo beneficiário.

ENTENDIMENTOS COMPLEMENTARES.

11. Não é possível a alegação de doença ou lesão preexistente quando o dependente for inscrito nos primeiros trinta dias a contar:

11.1 do nascimento, no caso de recém-nascido filho natural de beneficiário, pai ou mãe, de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia;

11.2 da guarda, ou tutela, ou adoção, no caso de recém-nascido de responsável legal beneficiário de plano privado de assistência à saúde com cobertura hospitalar com obstetrícia; e

11.3 na hipótese de menor de 12 anos, da guarda, tutela ou adoção, ou do reconhecimento de paternidade, independente do tipo de segmentação contratada.

12. Na hipótese de inscrição após o prazo de 30 (trinta) dias, pode ocorrer argüição de doença ou lesão preexistente, bem como a imposição de cobertura parcial temporária.

13. Os prazos de carência previstos nesta súmula referem-se aos prazos máximos legais de carência dispostos no inciso V, do art.12 da Lei 9.656, de 1998; na hipótese de o contrato de plano privado de assistência à saúde dispor de prazo menor, aplica-se o prazo previsto contratualmente.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

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

Correlações:

[Lei nº 9.656](#), de 1998

[Lei nº 9.961](#), de 2000

[RN nº 197](#), de 2009

[RN nº 211](#), de 2010

[RN nº 162](#), de 2007

[CONSU nº 13](#), 1998