

ANEXO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS A SEREM FORMALIZADOS COM BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Os instrumentos jurídicos (contrato, regulamento ou outra forma) que formalizem a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde devem conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber, e devem estar de acordo com o informado à ANS nos Campos “Dados Gerais do Produto”, “Serviços e Coberturas Adicionais” e “Acesso à Livre Escolha de Prestadores”. Os instrumentos jurídicos de planos privados de assistência à saúde devem estar de acordo com as suas características informadas nos aplicativos ARPS e RPS, não sendo admitidos no mesmo instrumento jurídico planos com diferentes registros.

Tema I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

- A) Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- B) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- C) Registro da operadora na ANS;
- D) Classificação da operadora na ANS;
- 1.- Nas operadoras classificadas como autogestão, conforme art. 4º c/c 12, II da RN 137/2006, deverá ser informado se há em sua composição a figura do mantenedor.
- E) Endereço.

Tema II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE

- A) Nos produtos de contratação individual e nas autogestões especificar os dados da Pessoa Física contratante ou seu Representante/Assistente
 - 1. Nome;
 - 2. Filiação;
 - 3. Data de nascimento;
 - 4. Inscrição no Cadastro de Pessoa Física;
 - 5. Cédula de Identidade - Órgão Expedidor;
 - 6. Endereço.
- B) Nos produtos de contratação coletiva, especificar os dados da Pessoa jurídica contratante:
 - 1. Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
 - 2. CNPJ;
 - 3. Endereço.

Tema III - Objeto do Contrato

Indicar que se trata de prestação continuada de serviços na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando a

Assistência Médica Hospitalar e/ou Odontológica (de acordo com a segmentação do produto) com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e do Rol de Procedimentos editado pela ANS, vigente à época do evento.

Tema IV - Natureza do Contrato

A) Indicar que se trata de contrato de adesão, bilateral, que gera direitos e obrigações para ambas as partes, na forma do Código Civil Brasileiro, estando também sujeito às disposições do Código de Defesa do Consumidor.

B) As operadoras classificadas na ANS como autogestão devem mencionar que se trata de um regulamento que traça as diretrizes de plano de assistência à saúde, com características de contrato de adesão.

Tema V - Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS

Indicar o nome comercial do plano, de acordo com o informado à ANS no campo "Dados Gerais do Produto". Deve também ser informado o número do Registro do Produto emitido no ato de seu deferimento.

Tema VI - Tipo de Contratação do Plano de Saúde

Indicar o tipo de contratação do plano nos termos do disposto no item 3, do Anexo II da RN nº 100/2005, ou seja, individual/familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, conforme disposto no artigo 16 da Lei 9656/1998, e na Resolução CONSU nº 14/1998 e de acordo com o informado à ANS no campo "Dados Gerais do Produto".

Tema VII - Tipo de Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

Indicar o tipo de segmentação assistencial do plano dentre aquelas previstas no item 2, do Anexo II da RN nº 100/2005 e de acordo com o informado à ANS no campo "Dados Gerais do Produto".

Tema VIII - Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde

A) Indicar a área geográfica de abrangência do plano na forma do item 4, do Anexo II da RN nº 100/2005, ou seja, Nacional, Estadual, Grupo de Estados, Municipal ou Grupo de Municípios, e de acordo com o informado à ANS no campo "Dados Gerais do Produto".

B) No caso de a abrangência geográfica ser diferente da Nacional, deve(m) ser especificado(s) o(s) município(s), ou estado(s) onde haverá cobertura do plano.

C) A relação de municípios ou estados deverá ser compatível com a informação encaminhada à ANS no campo "Área de Atuação do Produto".

Tema IX - Padrão de Acomodação em Internação

A) Nos planos que incluem internação, indicar o tipo de acomodação hospitalar que o plano oferece, nos termos do disposto no item 7, do Anexo II, da RN nº 100/2005, ou seja, individual ou coletiva, de acordo com o informado à ANS no campo “Dados Gerais do Produto”.

B) Dispor sobre a garantia de acomodação superior, na forma do artigo 33, da Lei 9.656/1998.

C) O padrão de acomodação é característica do plano e deve estar especificado de acordo com a informação encaminhada à ANS no campo “Dados Gerais do Produto”.

Tema X - Condições de Admissão

A) Indicar as condições de admissão dos beneficiários dependentes nos planos individuais/familiares.

B) Indicar as condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes nos planos coletivos, de acordo com a informação encaminhada à ANS no campo “Dados Gerais do Produto” – “tipo de vínculo”.

C) Nos planos coletivos, deverá também dispor sobre prazos para admissão, se houver.

D) Nos planos de todas as segmentações, especificar a garantia de inscrição do menor adotivo de 12 anos com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9.656/1998).

E) Nos planos com cobertura obstétrica, garantir o direito de inscrição do recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência (artigo 12, III, alínea “b”, da Lei 9.656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20, da Resolução Normativa nº 162/2007)

F) As operadoras classificadas na ANS como autogestões deverão definir para quem se destina o plano, de acordo com o artigo 2º da RN nº 137/2006, alterada pela RN nº 148/2007, como: empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda, participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Tema XI - Coberturas e Procedimentos Garantidos

As coberturas listadas abaixo, previstas no artigo 12, da Lei 9.656/1998, na Resolução CONSU nº 10/1998 e no Rol de Procedimentos médicos e odontológicos são as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, por determinação legal.

O oferecimento de cobertura mais ampla que a determinada nos normativos mencionados deverá ser especificado no tema Serviços e Coberturas Adicionais, após indicação no aplicativo RPS/ARPS.

A) Nos planos de todas as segmentações, dispor sobre as coberturas assistenciais contratadas, para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei n.º 9.656/1998) e Rol de Procedimentos vigente à época do evento.

B) O Plano que inclui a segmentação Ambulatorial deve garantir:

1. cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (artigo 12, I, "a" da Lei 9656/1998);

2. cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9.656/1998, artigo 4º, II, da Resolução CONSU nº 10/1998, e Súmula Normativa nº 11/2007).

3. cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

Hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

Quimioterapia ambulatorial;

Radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);

Hemoterapia ambulatorial;

Cirurgias oftalmológicas ambulatoriais (artigo 4º, VI, da Resolução CONSU nº 10/1998);

4. o atendimento às emergências psiquiátricas, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes (artigo 2º, I, "a", da Resolução CONSU 11/98);

5. a psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de doze semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e podendo ser limitada a doze sessões por ano de contrato, não cumulativas (artigo 2º, II, "b", da Resolução CONSU nº 11/1998);

C) o Plano que inclui a segmentação hospitalar, incluindo o plano da segmentação referência, deve garantir:

1. cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica (artigo 12, II, alínea "a", da Lei 9.656/1998);

2. cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente (artigo 12, II, alínea "b", da Lei 9.656/1998);
3. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, alínea "c", da Lei 9.656/1998);
4. cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 12, II, alínea "d", da Lei 9.656/1998);
5. cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (artigo 12, II, alínea "e", da Lei 9.656/1998);
6. cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos (artigo 12, II, alínea "f", da Lei 9.656/1998 c/c Estatuto do Idoso).
7. cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial e procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que necessitem de ambiente hospitalar por imperativo clínico (artigo 5º, inciso I, e parágrafo único do art. 7º da Resolução CONSU nº 10/1998);
8. cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar (artigo 5º, II, da Resolução CONSU nº 10/1998):
 - 8.1- Hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
 - 8.2- Quimioterapia;
 - 8.3- Radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - 8.4- Hemoterapia;
 - 8.5- Nutrição parenteral ou enteral;
 - 8.6- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
 - 8.7- Embolizações e radiologia intervencionista;
 - 8.8- Exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
 - 8.9- Fisioterapia;
9. cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer (artigo 10-A da Lei 9.656/1998, incluído pela Lei nº 10.223, de 2001);
10. o custeio integral de, pelo menos, trinta dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 2º, II, "a", da Resolução CONSU nº 11/1998, alterado pela Resolução CONSU nº 15/1999);

11. o custeio integral de, pelo menos, quinze dias de internação, por ano de contrato, não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (artigo 2º, II, "b", da Resolução CONSU nº 11/1998, alterado pela Resolução CONSU nº 15/1999);

12. o custeio, dentro dos prazos definidos acima, somente poderá ser parcial se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas (artigo 2º, II, "c", da Resolução CONSU nº 11/1998);

13. todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas (artigo 2º, II, parágrafo único, da Resolução CONSU nº 11/1998);

14. nos casos em que houver limitação para o custeio integral das internações psiquiátricas, na forma prevista no artigo 2º, inciso II, alíneas "a" e "b", da Resolução CONSU nº 11/98, o contrato deve estipular a forma como se dará a cobertura da internação psiquiátrica nos dias excedentes. A regra trazida pelo artigo 3º da Resolução CONSU nº 11/1998 dá a operadora a faculdade de compartilhar o custeio das internações psiquiátricas em que o(s) período(s) de internação ultrapasse(m) os prazos acima mencionados, no transcorrer de um mesmo ano de contrato, com o beneficiário, mediante a co-participação. Esta co-participação não pode caracterizar o financiamento integral da internação e deve obedecer aos tetos estabelecidos nos normativos vigentes. A co-participação exclusiva nos dias excedentes em psiquiatria, quando houver, não se caracteriza como Fator Moderador do plano e não deve ser informada no campo "Dados Gerais do Produto" no aplicativo RPS.

15. oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 5º, II, da Resolução CONSU nº 11/1998);

16. para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, garantir a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano (artigo 5º, II, da resolução CONSU 11/1998);

17. cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, bem como as despesas com os procedimentos vinculados, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação e o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção e as despesas com captação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS (artigo 2º e parágrafos da resolução CONSU 12/1998);

18. nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, deve esclarecer que esta se dará a critério do médico assistente.

D) Os Planos que incluem a segmentação hospitalar com obstetrícia, incluindo os planos da segmentação referência, devem garantir:

1. toda a cobertura definida para os planos com segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto; (artigo 6º da Resolução CONSU 10/1998);

2. cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, titular ou dependente durante os primeiros trinta dias após o parto (artigo 12, III, "a", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20, da Resolução Normativa N.º 162/2007).

E) O Plano que inclui a segmentação odontológica deve garantir:

1. todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, inciso IV, da Lei n.º 9656/98, no Artigo 7º, CONSU 10/98 e no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;

2. para os planos odontológicos em regime de pagamento misto, que estejam discriminados os procedimentos em pré-pagamento estabelecidos no artigo 2º da RN nº 59/2003;

3. que a cobertura assistencial do plano misto inclua todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente, devendo obrigatoriamente ser submetidas a regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos:

1. consulta inicial;
2. curativo em caso de hemorragia bucal/labial;
3. curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
4. imobilização dentária temporária;
5. recimentação de peça protética;
6. tratamento de alveolite;
7. colagem de fragmentos;
8. incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
9. incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
10. reimplante de dente avulsionado;
11. orientação de higiene bucal;
12. evidenciação de placa bacteriana;
13. aplicação tópica de flúor.

4. Os procedimentos não incluídos acima poderão ser submetidos a regime de pós-pagamento, de acordo com as seguintes regras:

4.1- A tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento deverá integrar o contrato, que deverá ainda prever a periodicidade e demais condições específicas para atualização que forem adotadas (artigo 3º da RN n.º 59/2003).

4.2- Deve estar claro que as atualizações da tabela serão incorporadas ao contrato a título de aditamento pré-consentido, estabelecido no instrumento inicial, e serão enviadas aos titulares dos contratos (artigo 3º, parágrafo único, da RN n.º 59/2003).

Tema XII - Exclusões de Cobertura

A) Especificar as exclusões de cobertura à assistência contratada, com vista ao disposto no artigo 10 da Lei 9.656/98 e Resolução CONSU n° 10/98, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei no 9656/1998 e no Rol de Procedimentos Médicos e Odontológicos editados pela ANS, vigente à época do evento, dentro da segmentação assistencial à qual o plano pertence.

B) As exclusões deverão ser limitadas ao disposto no artigo 10 da Lei 9656/1998 e aos artigos 4º e 5º da CONSU n° 10/1998.

C) Em todas as segmentações, podem ser excluídos da cobertura:

1. tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
2. procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
3. inseminação artificial;
4. tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
5. fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
6. fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
7. fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
8. tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
9. casos de cataclismas, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
10. tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
11. consultas domiciliares;
12. transplantes, à exceção de córnea e rim;

D) Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para procedimentos relacionados com acidentes do trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional.

E) Não podem ser excluídas em nenhuma hipótese as seguintes coberturas:

1. doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde;
2. procedimentos constantes no Rol de Procedimentos vigente à época do evento, independentemente da causa;
3. próteses importadas nacionalizadas (registradas na ANVISA) e utilizadas no ato cirúrgico;
4. cirurgias plásticas reparadoras;

5. complicações de procedimentos não cobertos, de acordo com a Súmula Normativa nº 10/2006.

F) Nos planos de segmentação exclusivamente ambulatorial, podem ser excluídos:

1. procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica;
2. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
3. quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
4. radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
5. nutrição enteral ou parenteral;
6. embolizações e radiologia intervencionista;
7. internações hospitalares;
8. procedimentos para fim de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por mais de 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, UTI, CETIN e similares.

D) Nos planos exclusivamente hospitalares, podem ser excluídos:

1. consultas ambulatoriais e domiciliares;
2. atendimento pré-natal ambulatorial e hospitalar (quando não incluir a cobertura obstétrica);

E) Nos planos exclusivamente odontológicos, podem ser excluídos:

1. os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos vigente à época do evento;
2. os procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico, necessitem de internação hospitalar.

Tema XIII - VIGÊNCIA

A) Especificar a data de início de vigência:

1) Considerar-se-á, para início de vigência contratual em planos individuais, a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou a data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do artigo 12 da Lei n.º 9.656/1998.

2) Nos planos coletivos, as partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora.

B) Especificar o prazo de vigência do instrumento jurídico, que deverá ser indeterminado (artigo 1º, inciso I, da Lei n.º 9656/98).

1) Nos planos contratados individualmente, a operadora poderá estipular prazo mínimo de permanência do beneficiário no plano, que será de um ano (artigo 13, parágrafo único, da Lei n.º 9656/98), observando o disposto no item XXIX, alínea "d", deste anexo.

2) Nos planos coletivos, poderá ser negociado prazo de permanência do contratante, observando o disposto no item XXIX, alínea "e", deste anexo.

C) As operadoras de autogestão deverão informar o prazo inicial do instrumento jurídico, que poderá ser indeterminado ou por doze meses, bem como o início da vigência, que sempre se inicia a partir da assinatura da proposta de adesão do beneficiário ou do primeiro pagamento, o que ocorrer primeiro, de modo que não se prolonguem as carências.

Tema XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA

A) Nos casos onde a operadora estipular prazo inicial, deverá indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

Tema XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA

A) Especificar os períodos de carência, se houver, para consultas, exames, parto, internação, odontologia e demais serviços, conforme o inciso V, do artigo 12 da Lei nº 9656/1998.

B) Nos planos coletivos empresariais, especificar que não haverá carências nos planos com 50 participantes ou mais (artigo 5º, II, Resolução CONSU nº 14/1998).

C) Nos planos coletivos, havendo carência, estabelecer que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

Tema XVI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

A) Definir corretamente "doença e lesão preexistente", que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano.

B) Esclarecer que o beneficiário deverá preencher declaração de saúde, no momento da contratação, na forma dos artigos 5º, 10 e 11 da RN n.º 162/2007.

C) Especificar que, caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá oferecer Cobertura Parcial Temporária (CPT). O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de agravo como opção à CPT (artigo 6º, § 1º, da RN n.º 162/2007).

D) Especificar o conceito de Cobertura Parcial Temporária, como a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas (artigo 2º, inciso II, da RN n.º 162/2007).

E) Especificar as obrigações e direitos do usuário, esclarecendo que se for identificado indício de fraude, referente à omissão de conhecimento de Doenças e Lesões

Preexistentes por ocasião da contratação ou adesão ao plano, a operadora deverá comunicar imediatamente ao consumidor e poderá oferecer as opções de CPT, agravo ou abrir processo administrativo para julgamento da alegação de informação de omissão na declaração de saúde, conforme o disposto no artigo 15 da RN n.º 162/2007.

F) Deixar claro que não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo (artigo 16, § 3º, da RN n.º 162/2007).

G) Esclarecer que é vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, § 4º, da RN n.º 162/2007).

H) Nos planos coletivos por adesão e coletivos empresariais, especificar que não haverá cláusula de Cobertura Parcial Temporária ou Agravo, nos casos de Doença e Lesão Preexistente, quando o número de participantes for igual ou maior que cinquenta (artigo 5º, incisos II e IV, da Resolução CONSU n.º 14/1998).

Tema XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A) Em planos de todas as segmentações, o instrumento jurídico deve:

1. definir urgência e emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998
2. garantir o reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou contratualizados, dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano (artigo 12, inciso VI, da Lei nº 9.656/98).
3. garantir que o valor do reembolso nas urgências e emergências não seja inferior ao valor praticado pela operadora junto à rede de prestadores do respectivo plano (artigo 12, inciso VI, da Lei 9656/1998).
4. dispor sobre a relação dos documentos necessários para o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega destes documentos.
5. dispor sobre prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil 2002).

B) Nos planos que não incluem internação hospitalar, o instrumento jurídico deve dispor sobre a garantia de cobertura nas urgências e emergências por no mínimo doze horas de atendimento ou até que haja necessidade de internação (artigo 2º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU n.º 13).

C) Nos planos que incluem internação hospitalar, excetuado o plano referência, o contrato deve dispor sobre:

1. garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU n.º 13/1998).
2. garantir que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para a internação, desde a admissão até a alta, ou que sejam necessários para a preservação da vida, órgãos e funções (artigo 3º, da Resolução CONSU n.º 13/1998);
3. garantia dos atendimentos de urgência e emergência referentes ao processo gestacional, limitados às primeiras doze horas, nos planos com cobertura obstétrica, durante o cumprimento dos períodos de carência, e nos planos sem cobertura obstétrica. (artigo 4º, caput e parágrafo único da Resolução CONSU 13/1998).
4. garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da resolução CONSU n.º 13/1998).
5. garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que o atendimento de urgência e emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência para internação.

D) Nos planos da segmentação referência, o contrato deve dispor sobre:

1. garantia de cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência (Artigo 5º da Resolução CONSU n.º 13/1998).
2. garantia de atendimento limitado às primeiras doze horas, ou até que ocorra a necessidade de internação, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (artigo 6º da Resolução CONSU n.º 13/1998).

Tema XVIII - REMOÇÃO

A) Os contratos exclusivamente ambulatoriais devem dispor sobre:

1. garantia de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente ou a necessidade de internação.
2. garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme determinado no artigo 7º da Resolução CONSU nº 13/1998.

B) Os contratos que incluem a segmentação hospitalar, exceto o plano referência, devem dispor sobre:

1. garantia da remoção inter-hospitalar, dentro da área geográfica de abrangência do plano (artigo 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9656/1998).
2. garantia da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade da atenção ao paciente.
3. garantia da remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência para internação, conforme determinado no artigo 7º e seus parágrafos, da Resolução CONSU nº 13/1998.
4. garantia da remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes, conforme determinado no artigo 7º e seus parágrafos, da Resolução CONSU nº 13/1998.

C) Os contratos dos planos da segmentação Referência, devem dispor sobre:

1. garantia da remoção inter-hospitalar, dentro da área geográfica de abrangência do plano (artigo 12, inciso II, alínea “e”, da Lei 9656/1998).
2. garantia da remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente.
3. garantia da remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de Cobertura Parcial Temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes.

Tema XIX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

A) Indicar as coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, própria ou contratualizada, na forma do item 9 do Anexo II da RN nº 100, de 2005, e conforme informado à ANS no campo “Acesso a Livre Escolha de Prestadores”.

B) Especificar os parâmetros a serem utilizados pela Operadora para reembolso das despesas com prestadores não participantes da rede assistencial, sendo vedado valor inferior ao praticado na rede credenciada ou referenciada (art. 2º, inciso IX da Resolução CONSU n.º 8/1998)

Tema XX - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A) Definição das medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais, em especial a regulamentação da Lei n.º 9656/98 e a Resolução CONSU n.º 8/1998.

B) Especificar, nos casos de co-participação e/ou franquia, na forma dos sub-itens 1 e 2, do item 10 do Anexo II da RN n.º 100, de 2005, dos eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.

C) Estabelecer os valores prefixados nos casos de internação em planos hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias. Somente para internações em transtornos psiquiátricos a co-participação poderá ser especificada em percentual (art. 2º, inciso VIII e art. 4º, inciso VII da Resolução CONSU n.º 8/1998)

D) Especificar as condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia.

E) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, deverá informar a rotina para a sua obtenção e emitir resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento, no prazo máximo de um dia útil, a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência (artigo 4º, IV, da Resolução CONSU n.º 8/98).

F) Informação de que serviços diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais podem ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não podendo haver restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratualizada da operadora referenciados/cooperados/credenciados (artigo 12, I, "b" e artigo 2º, VI, da Resolução CONSU n.º 8/98 – Súmula 11/07).

G) Informação de meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).

H) Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei 9.656/98, a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.

I) Indicar, quando houver, orientações diferenciadas para determinados procedimentos (ex.: transplantes de rim e córnea e transtornos psiquiátricos).

J) Garantir a junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma do artigo 4º, inciso V, da Resolução CONSU n.º 8/98.

Tema XXI - FORMAÇÃO DO PREÇO

A) Identificar a forma de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada conforme item 11 do Anexo II da RN n.º 100, de 2005, ou seja, pré ou pós-pagamento na forma de custo operacional ou rateio e na forma informada à ANS no campo "Formação do Preço".

B) Apenas os planos odontológicos podem utilizar a forma de pagamento misto, na forma da RN n.º 59/2003.

Tema XXII - PAGAMENTO DE MENSALIDADE

A) Definição das obrigações do contratante relativas ao pagamento da mensalidade.

B) Nos planos coletivos definidos como “sem patrocinador”, deve estar claro que o pagamento integral será feito pelo beneficiário à operadora (item 13.2, anexo II, RN n.º 100/05).

C) Nos planos coletivos definidos como “com patrocinador”, o instrumento jurídico deve dispor claramente que o pagamento total ou parcial será feito pela pessoa jurídica contratante (item 13.1, anexo II, RN n.º 100/05).

D) Deverá dispor sobre as conseqüências da mora, se houver, no pagamento da mensalidade, limitadas ao percentual de juros de 1% ao mês (0,033 ao dia) e à multa de 2% sobre o valor do débito em atraso.

E) Nas autogestões deverá estar especificado o critério e a forma de participação financeira dos beneficiários que contribuem para o custeio do plano, bem como a participação financeira do patrocinador, conforme disposto no art. 14, I e II, da RN n.º 137/06.

F) Nos produtos coletivos por custo operacional, a operadora deverá esclarecer como se dará o pagamento das despesas assistenciais (RN n.º 100/05, Anexo II, item 11). Especificar a participação da contratante e do beneficiário no custeio do plano, ressaltando que é vedado o repasse integral aos beneficiários pelo contratante/estipulante (Súmula 9/05).

Tema XXIII - REAJUSTE

A) Definir os critérios de reajuste das contraprestações, observando prévia autorização da ANS nos planos médico-hospitalares individuais ou comunicação à ANS nos planos coletivos, conforme normativo vigente.

B) Nos planos exclusivamente odontológicos, especificar um percentual de reajuste baseado em um índice oficial divulgado por instituição externa (RN n.º 118/05), além de mencionar no presente Tema que tal percentual de reajuste deverá ser comunicado à ANS (RN n.º 119/05).

C) Nos planos odontológicos em regime de pagamento misto, além de observar o disposto acima, deverá apresentar as tabelas de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento com as condições e periodicidade de atualização (artigo 3º da RN nº 59/03).

D) Nos planos coletivos sem patrocinador operados por autogestões sem mantenedor, o reajuste deverá ser autorizado pela ANS.

E) Nos planos com formação de preço pós-estabelecido, custo operacional e rateio, não há reajuste de mensalidade, entretanto a operadora deverá esclarecer como se dará o reajuste da tabela praticada entre a operadora e prestadores de sua rede e com que periodicidade.

Tema XXIV - FAIXAS ETÁRIAS

A) Neste tema devem ser dispostas as variações de faixas etárias, se houver, de acordo com as regras da RN 63/03:

- I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Os percentuais de variação de faixa etária deverão seguir as seguintes regras:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

B) Nos produtos contratos comercializados na vigência da Resolução CONSU n.º 6/98, ou seja, antes de 1º/1/2004, a operadora deverá trazer dois dispositivos:

Um com as dez faixas-etárias explicitadas acima e outro com sete faixas etárias, de acordo com as regras da Resolução CONSU n.º 6/98:

- I- 0 (zero) a 17 (dezesete) anos;
- II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos;
- III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos;
- IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos;
- V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos;
- VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos;
- VII - 70 (setenta) anos de idade ou mais;

Os percentuais de variação de faixa etária deverão seguir as seguintes regras:

- o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- a variação do valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 anos de idade que participa de um plano ou seguro a mais de dez anos.

C) A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Tema XXV - BÔNUS – DESCONTOS

A) Exposição dos critérios para concessão de bônus e descontos, se houver, respeitando o disposto no artigo 3º da Resolução CONSU n.º 6/98 e Súmula n.º 7/05.

B) É vedada a concessão de bônus que estimulem a redução da utilização dos serviços (Súmula n.º 7/05).

C) É vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor (Artigo 3º da Resolução CONSU n.º 6/98).

Tema XXVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

A) Especificar, no plano de contratação Coletiva por Adesão, que a adesão de empregados, associados ou sindicalizados, é espontânea e opcional, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes (Artigo 4º da Resolução CONSU n.º 14/98).

B) Especificar, no plano Coletivo Empresarial, que o ingresso deverá observar prazos e procedimentos previstos na contratação do plano, sendo aplicável a cada vinculação posterior de consumidor à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada (Artigo 3º, § 3º, da Resolução CONSU n.º 14/98).

C) Nos planos coletivos com vínculo empregatício em que há participação financeira do beneficiário, garantir os direitos de permanência no plano aos demitidos sem justa causa e aposentados, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n.º 9656/98, e observando as Resoluções CONSU n.º 20/1999 e 21/1999, especificando:

1. o prazo máximo de 30 dias para o exercício da opção assegurada (artigo 2º, § 6º, da Resolução CONSU n.º 20/98 e n.º 21/98);

2. o período de manutenção da condição de beneficiário (artigo 30, § 1º, e artigo 31, caput e § 1º, da Lei 9656/1998);

3. a garantia de extensão do benefício ao grupo familiar do beneficiário demitido ou aposentado, inscrito quando da vigência do contrato de trabalho (art. 30, § 2º, e art. 31, § 2º, da Lei 9656/1998);

4. em caso de morte do titular, a garantia de permanência no plano aos dependentes do beneficiário demitido ou aposentado, nos termos do disposto no artigo 30, da Lei 9656/1998 (art. 30, § 3º e art. 31, § 2º da Lei 9656/1998);

5. a garantia de que o benefício do artigo 30 e 31, da Lei 9656/1998, não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho (art. 30, § 4º e art. 31, § 2º da Lei 9656/1998);

6. a condição prevista neste artigo deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego (art. 30, § 5º, e art. 31, § 2º, da Lei 9656/1998);

D) Em todos os planos Coletivos, Empresarial ou por Adesão, com vínculo empregatício, exceto para operadoras de autogestão, garantir a disponibilidade de plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual/familiar ao universo

de beneficiários, no caso de cancelamento do plano coletivo, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, conforme disposto na Resolução CONSU n.º 19/99.

Tema XXVII - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

A) Definir o (s) tipo(s) de vínculo(s) do beneficiário com a pessoa jurídica contratante, conforme o item 12 do Anexo II da RN nº 100, de 2005, e de acordo com o informado à ANS.

1. especificar que, nos planos com vínculo empregatício ativo, poderão ser vinculados ao contrato beneficiários empregados da empresa, bem como aqueles que mantenham com ela vínculo laboral, e seus dependentes.

2. especificar que, nos planos com vínculo empregatício inativo, poderão ser vinculados ao contrato beneficiários ex-empregados da empresa e seus dependentes - nos casos de planos com vínculo empregatício inativo.

3. especificar que, nos planos sem vínculo empregatício, somente poderão ser vinculados ao contrato beneficiários associados ou sindicalizados e seus dependentes.

Tema XXVIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

A) Nos planos individuais, especificar em que condições os beneficiários dependentes podem ser excluídos do plano de saúde em contrato que continua vigente.

B) Nos planos coletivos, especificar em que condições os beneficiários titulares e dependentes podem ser excluídos do contrato que continua vigente.

Tema XXIX - RESCISÃO/SUSPENSÃO

A) Garantir, de acordo com o artigo 13, parágrafo único, II, da Lei 9656/1998, que a rescisão contratual unilateral por parte da Contratada de planos contratados individualmente somente pode ocorrer em duas hipóteses:

1. por fraude;

2. por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

B) Definir as regras para rescisão e suspensão do instrumento jurídico de plano coletivo empresarial ou por adesão.

C) Num plano de empresa de autogestão, não cabe falar em rescisão contratual, tendo em vista que todas as hipóteses são de perda da qualidade de beneficiário. As autogestões podem encerrar operações de plano de saúde quando há decisão da competente instância decisória que é definida no seu Estatuto.

D) Nos planos contratados individualmente, poderá ser estabelecida multa para o beneficiário que queira rescindir o contrato antes de completada a vigência inicial de um ano, que não poderá ser superior a 10% (planos médico-hospitalares) ou 20% (planos odontológicos) das mensalidades restantes para se completar a primeira vigência.

E) Nos planos coletivos com patrocínio, especificar, quando houver, a multa negociada entre as partes nos casos de rescisão antecipada.

Tema XXX - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

A) Quando forem partes integrantes do plano de saúde, especificar as coberturas não previstas na Lei n.º 9656/98 e no Rol de Procedimentos Médicos e Odontológicos, na forma do item 14 do Anexo II da RN n.º 100, de 2005, de acordo com o informado à ANS no aplicativo ARPS/RPS.

B) Especificar as condições para a utilização dos serviços e coberturas adicionais.

Tema XXXI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Dispor sobre todas as condições ou obrigações gerais referentes à relação operadora–consumidor, que não sejam pertinentes a nenhum dos temas específicos elencados neste Anexo.

Tema XXXII - ELEIÇÃO DE FORO

Especificar que o foro é o da Comarca do contratante.

OBSERVAÇÃO: CONSIDERANDO A DISPOSIÇÃO OU NÃO NO ART. 16 DA LEI Nº 9.656, DE 1998, E SUAS REGULAMENTAÇÕES, PARA FINS DE APLICAÇÃO DO § 1º DO ART. 11 E § 2º DO ART. 19 DESTA INSTRUÇÃO NORMATIVA DIPRO, CLASSIFICAMOS OS TEMAS DESTE ANEXO I EM:

1. TEMAS SETORIAIS: III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVIII E XXX;
2. TEMAS NÃO-SETORIAIS: I, II, IV, XIV, XXI, XXII, XXVII, XXIX, XXXI E XXXII.

ANEXO II

QUADRO DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA / ÁREA DE ATUAÇÃO

A abrangência geográfica do plano de saúde e as localidades definidas para área de atuação serão compatibilizadas, classificando a região segundo as definições do quadro abaixo.

		Região 1	Região 2	Região 3	Região 4	Região 5	Região 6
	ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO	Em todo território nacional ou em grupo de pelo menos 3 estados que envolvam SP, RJ, MG, BA, RS e PR	No estado de SP ou em mais de um Estado exceto os grupos definidos na Região 1	Em um único estado excetuando SP	Nos municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	Em grupo de municípios que não envolvam os da Região 4	Em qualquer município exceto aqueles da Região 4
ABRANGENCIA GEOGRÁFICA	Nacional	Em todo o território nacional					
	Grupo de Estados	Quando indicar qualquer agrupamento que contemple pelo menos 3 estados da Região 1.	Qualquer agrupamento que não contemple mais de 2 estados da Região 1.				
	Estadual	Quando indicar atuação em pelo menos 3 estados dentre SP, RJ, MG, BA, RS e PR.	Atuação apenas no estado de SP ou em até 2 estados da Região 1 ou em qualquer número dos demais estados.	Atuação em apenas um estado à exceção do estado de SP			
	Grupo de Municípios				Desde que limitados a 50% dos municípios do mesmo estado, ou nos limítrofes contemplando os municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	Desde que limitados a 50% dos municípios do mesmo estado, ou nos limítrofes, não contemplando os municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	
	Municipal				Atuação em qualquer um dos municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília.	Atuação em mais de um município à exceção de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília	Atuação em apenas um município à exceção de SP, RJ, BH, Porto Alegre, Curitiba ou Brasília

ANEXO III

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA REDE ASSISTENCIAL

I – PARA REGISTRO DE PLANOS DE SAÚDE

A rede oferecida aos beneficiários deverá contemplar os serviços necessários ao atendimento de todas doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, observando o rol de procedimentos em vigor.

Não obrigatoriamente, estes serviços estarão todos disponibilizados em ambiente hospitalar.

As informações do CNES serão a referência quanto aos serviços oferecidos nos prestadores de serviços, exceto na situação de prestação parcial, conforme dispõe o item 8 do Anexo II da RN 100, de 2005, situação em que deverão estar especificados no instrumento jurídico de contratualização do prestador.

Deverá haver compatibilidade da oferta de serviços com a abrangência geográfica e área de atuação pretendida para o plano de saúde.

A rede (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) que se quer registrar deverá estar cadastrada na operadora e atualizada a cada ano.

Só as entidades com características hospitalares necessitam vinculação ao registro do plano de saúde de segmentação hospitalar ou referência, e aquelas de urgência e emergência na segmentação ambulatorial.

II – PARA ALTERAÇÃO DA REDE HOSPITALAR – SUBSTITUIÇÃO E/OU REDIMENSIONAMENTO

A rede hospitalar é característica do registro do plano de saúde, sendo analisada em função das especificidades operacionais; portanto, a substituição de entidade hospitalar ou o redimensionamento de rede por redução caracterizam a alteração do plano a que o prestador está vinculado, estando previsto o pagamento de taxa específica.

Entende-se por Substituição a troca de uma unidade por outra(s) que não se encontrava(m) originalmente na rede do plano de saúde e por Redimensionamento a

supressão de uma unidade da rede, cabendo às unidades restantes a absorção do atendimento.

A análise de equivalência para atendimento do art. 17, da Lei nº 9.656/98, compreende aspectos de disponibilidade no que tange a serviços de urgência/emergência e auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como quantitativos no que diz respeito a leitos em geral e específicos das UTIs. Devem atender também a similaridade de perfil assistencial, complexidade e proximidade geográfica.

Deverá ser informado em relação à(s) entidade(s) hospitalar(es) que está(ão) sendo excluída(s) e/ou que absorverá(ão) os serviços disponibilizados que se pretendem excluir:

- 1- Justificativa para decisão;
- 2- CNPJ, razão social e CNES das entidades hospitalares envolvidas;
- 3- tipo de contratação (total ou parcial);
- 4- número de internações realizadas pela operadora em cada uma das entidades hospitalares envolvidas, nos últimos doze meses;
- 5- número total de internações realizadas pela operadora na sua rede hospitalar, vinculadas aos registros de planos de saúde a serem alterados, nos últimos doze meses;
- 6- total de leitos não-SUS (gerais e UTI) contratados pela operadora na área de abrangência dos planos de saúde envolvidos;
- 7- perfil assistencial, com as principais características da cobertura contratada às entidades hospitalares envolvidas;
- 8- serviços especiais de diagnóstico e terapia disponíveis nas entidades hospitalares envolvidas;
- 9- identificação dos planos de saúde a serem alterados, nos casos específicos: n.º de registro dos planos novos, no RPS, e cadastro dos planos antigos, no SCPA;
- 10- em caso de encerramento das atividades do estabelecimento, documento que comprove este fato;
- 11- cópia da comunicação feita (ou a ser) aos beneficiários.

Mesmo quando o redimensionamento e/ou a substituição ocorrer em função de pedido do prestador, a Operadora deverá atender a mesma formalidade, antes da notificação ao usuário.

As informações constantes no CNES serão sempre a referência quanto às instalações, serviços e recursos disponíveis nos prestadores de serviços não-psiquiátricos.

Excepcionalmente, para aquelas entidades hospitalares ainda sem registro no CNES, as informações deverão ser enviadas no formato do Anexo III-A.

As unidades psiquiátricas têm análise específica, devendo ser informado quanto às instalações dos leitos, existência de salas de trabalho em grupo, área externa para lazer e enfermaria para intercorrências clínicas e quanto a serviços, terapia ocupacional, atendimento psicoterápico individual e grupal, atendimento à família e ao dependente químico, nos moldes do Anexo III-B.

2ª Parte – Serviços Especiais de Diagnose e Terapia

N.º de ORDEM	DIAGNOSE														TERAPIA										
	Anatomopatologia	Angiografia	Densitometria óssea	Ecocardiografia	Eletrocardiograma	Endoscopia das vias aéreas	Endoscopia das vias digestivas	Hemodinâmica	Holter	Mamografia	Medicina nuclear	Patologia clínica	Radiodiagnóstico	Ressonância nuclear magnética	Teste ergométrico	Tomografia computadorizada	Ultra-sonografia	Fisioterapia	Hemoterapia	Litotripsia extracorpórea	Quimioterapia	Radiologia intervencionista	Radioterapia	Terapia renal substitutiva	Videocirurgia

3 - Glossário das tabelas

Entidade Hospitalar – Razão Social da Entidade a ser excluída ou incluída

Entidade Hospitalar – Razão Social da Entidade a ser excluída ou incluída.

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Perfil Assistencial - Característica principal da cobertura assistencial contratada às entidades hospitalares envolvidas (hospital geral, maternidade, alta complexidade, cuidados prolongados ou especializada - nestes casos discriminar a especialidade - oftalmologia, ortopedia, pediatria, cardiologia).

Município/ UF – Onde a entidade está localizada.

Nº de Internações nos últimos 12 meses - Número de internações realizadas pela operadora na entidade hospitalar no período analisado.

Urgência e Emergência 24h - Indicar contratação (S) ou não (N), na entidade hospitalar correspondente, dos serviços de urgência e emergência.

N.º de Leitos Totais não-SUS - Número de leitos que a operadora dispõe para utilização na entidade hospitalar correspondente, excetuando-se os leitos de UTI; devem ser excluídos os leitos contratados pelo SUS e, desta forma, indisponíveis para a Saúde Suplementar.

N.º de Leitos de UTI não-SUS - Número de leitos de UTI que a operadora dispõe para utilização na entidade hospitalar correspondente, especificados por tipo de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal); devem ser excluídos os leitos contratados pelo SUS e, desta forma, indisponíveis para a Saúde Suplementar.

Situação na Rede - Condição das entidades hospitalares envolvidas no processo: Exclusão- prestador que está sendo excluído da rede assistencial do plano; Inclusão- prestador que está sendo incluído na rede, nos casos de Substituição; Absorção - prestador que já é vinculado ao plano e absorverá a demanda do hospital que está sendo excluído, nos casos de Redimensionamento de rede por redução.

Serviços Especiais de Diagnóstico e Terapia – Contratação (S) ou não (N), na entidade hospitalar correspondente, dos serviços de diagnose ou terapia referidos: Anatomopatologia, Angiografia, Densitometria óssea, Ecocardiografia, Eletrocardiograma, Endoscopia das vias aéreas, Endoscopia das vias digestivas, Hemodinâmica, Holter, Mamografia, Medicina nuclear, Patologia clínica, Radiodiagnóstico, Ressonância nuclear magnética, Teste ergométrico, Tomografia computadorizada, Ultra-sonografia, Fisioterapia, Hemoterapia, Litotripsia extracorpórea, Quimioterapia, Radiologia intervencionista, Radioterapia e Terapia renal substitutiva.

Videocirurgia - Contratação (S) ou não (N), na entidade hospitalar correspondente, de serviços diagnósticos ou terapêuticos que utilizem recursos de vídeo.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2ª Parte – Outras Instalações Físicas e Serviços Especiais

Nº de ORDEM	INSTALAÇÕES FÍSICAS			OUTROS SERVIÇOS ESPECIAIS				
	Sala de trabalho de grupo	Área externa para lazer, educação física e outras atividades	Enfermaria para intercorrência clínica	Terapia Ocupacional	Atendimento psicoterápicos individual	Atendimento psicoterápico grupal	Atendimento à família	Assistência ao dependente químico

3 – Glossário das tabelas

Entidade Hospitalar – Razão Social da Entidade a ser excluída ou incluída.

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Perfil Assistencial - Característica principal da cobertura assistencial contratada às entidades hospitalares envolvidas (hospital geral, hospital psiquiátrico com internação dia e/ou hospital psiquiátrico com internação noite).

Município/ UF – Onde a entidade está localizada.

Nº de Internações psiquiátricas nos últimos 12 meses - Número de internações psiquiátricas realizadas pela operadora na entidade hospitalar no período analisado.

Pronto Atendimento Psiquiátrico (PA) 24hs - Indicar contratação (S) ou não (N), na entidade hospitalar correspondente, dos serviços de pronto-atendimento psiquiátrico.

N.º de Leitos Psiquiátricos - Número de leitos psiquiátricos que a operadora dispõe para utilização na entidade hospitalar correspondente.

Situação na Rede - Condição das entidades hospitalares envolvidas no processo: Exclusão- prestador que está sendo excluído da rede assistencial do plano; Inclusão- prestador que está sendo incluído na rede, nos casos de Substituição; Absorção - prestador que já é vinculado ao plano e absorverá a demanda do hospital que está sendo excluído, nos casos de Redimensionamento de rede por redução.

Instalações Físicas – Existência (S) ou não (N) na entidade hospitalar correspondente de: sala para trabalho de grupo; área externa para lazer/ educação física e outras atividades; enfermaria para intercorrências clínicas.

Outros Serviços Especiais – Existência (S) ou não (N), na entidade hospitalar correspondente, dos serviços de: Terapia ocupacional, Atendimento psicoterápico individual, Atendimento psicoterápico grupal, Atendimento à família, Assistência ao dependente químico.

- **Atendimento Psicoterápico Individual** – assistência psicoterápica prestada individualmente, por profissional da área de saúde mental, aos beneficiários da operadora portadores de transtornos psiquiátricos.
- **Atendimento Psicoterápico Grupal** - assistência psicoterápica aos beneficiários da operadora portadores de transtorno psiquiátrico, juntamente com outros indivíduos, também portadores de transtornos psiquiátricos, por profissional da área de saúde mental.
- **Atendimento à Família** – assistência prestada as pessoas do núcleo familiar dos beneficiários da operadora portadores de transtornos psiquiátricos.
- **Assistência ao dependente químico** – atendimento prestado ao dependente químico por profissional especializado nesta área.

ANEXO IV

TERMO DE ASSUNÇÃO DE OBRIGAÇÕES

À AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

Em antecipação à análise do instrumento jurídico do plano(s) ___(NOME(S) INFORMADO(S) NO APLICATIVO RPS)___ enviado(s) para registro, e considerando o disposto no artigo 3º da IN DIPRO nº 15/2007, esta operadora _____(RAZÃO SOCIAL DA OPERADORA)_____, Registro na ANS nº ___(REGISTRO)___, inscrita sob CNPJ nº _____(CNPJ)_____, declara, sob as penas da lei e para fim de liberação do(s) respectivo(s) registro(s), que garantirá na íntegra as condições pertinentes ao(s) plano(s) previstas no Anexo I da IN DIPRO nº 15/2007, independentemente do disposto no documento a ser disponibilizado aos beneficiários.

Para tal, adicionalmente no momento da contratação entregaremos ao contratante documento explicativo contendo, em linguagem de fácil entendimento, as condições do(s) instrumento(s) jurídico(s) do(s) plano(s) assumidas perante a ANS.

Na hipótese de haver inadequações nas redações dos temas dos instrumentos jurídicos comercializados, estes serão modificados conforme orientação da ANS e disponibilizadas novas versões aos beneficiários.

(Cidade), (Data)

Assinatura

Nome e cargo do Representante Legal da Operadora perante a ANS