

ANEXO I

INFORMAÇÃO DO REGISTRO DE PRODUTO ATÉ A RN 195/2009		RECLASSIFICAÇÃO PELA RN 195/2009		
	Tipo de Contratação	Vínculo do Beneficiário	Tipo de Contratação	Vínculo do Beneficiário
1	Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo
2	Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício inativo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício inativo
3	Coletivo Empresarial ou Coletivo por adesão	Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
4	Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo
5	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo
6	Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
7	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo
8	Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
9	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício inativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício inativo
10	Coletivo por Adesão	Com vínculo empregatício ativo + Sem vínculo empregatício	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício
11	Coletivo Empresarial	Sem marcação de vínculo	Coletivo Empresarial	Com vínculo empregatício ativo + Com vínculo empregatício inativo
12	Coletivo por Adesão	Sem marcação de vínculo	Coletivo por Adesão	Sem vínculo empregatício

ANEXO II

MANUAL DE ELABORAÇÃO DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O contrato, regulamento ou outro documento que formalize a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde deve conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.

No momento da contratação, a operadora deverá obrigatoriamente entregar ao contratante cópia do contrato/regulamento, cuja página inicial deverá conter os itens abaixo, conforme o registrado na ANS:

a) qualificação da operadora:

- Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- Registro da operadora na ANS;
- Classificação da operadora na ANS (Observação: nas operadoras classificadas como autogestão conforme artigo 4º c/c artigo 12, II, da RN 137/2006, deverá ser informado se há em sua composição a figura do mantenedor ou patrocinador);
- Endereço completo.

b) qualificação do contratante:

Os contratos individuais/familiares e coletivos por autogestões por RH deverão conter os seguintes dados da Pessoa Física contratante (ou seu Representante/Assistente no momento da comercialização):

- Nome;
- Filiação;
- Data de nascimento;
- Inscrição no Cadastro de Pessoa Física;
- Cédula de Identidade - Órgão Expedidor;
- Endereço.

Os contratos coletivos, inclusive por autogestões com patrocinador, deverão conter os dados da Pessoa Jurídica contratante no momento da comercialização:

- Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
- CNPJ;
- Endereço.

c) nome comercial e nº de registro do plano na ANS;

d) tipo de contratação;

e) segmentação assistencial do plano de saúde;

f) área geográfica de abrangência do plano de saúde;

g) área de atuação do plano de saúde;

- h) padrão de acomodação em internação (Observação: nos contratos/regulamentos de planos registrados com acomodação individual, que sofreram alteração de segmentação para Referência, será garantida a acomodação informada no momento da contratação);
- i) formação do preço; e
- j) serviços e coberturas adicionais.

Os contratos/regulamentos de planos privados de assistência à saúde devem estar de acordo com as suas características cadastradas na ANS. Não deverá haver no mesmo documento (contrato, regulamento ou outra forma) disponibilizado aos beneficiários referência a planos com diferentes registros.

Tema I - Atributos do Contrato

- A) Indicar que se trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à 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 e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.
- B) 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. 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.
- C) Nos planos exclusivamente odontológicos, indicar que se trata de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde prevista no inciso I, do artigo 1º, da Lei 9656/1998, visando à Assistência Odontológica com a cobertura das doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente à época do evento.

Tema II - Condições de Admissão

- A) Indicar as condições de admissão dos beneficiários dependentes nos contratos de planos individuais/familiares.
- B) Indicar as condições de admissão dos beneficiários titulares e dependentes nos contratos de planos coletivos, sendo vedadas quaisquer outras exigências para a inscrição como beneficiário titular que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante (artigo 16 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
- C) Nos contratos de planos coletivos empresariais, definir a quem se destina o plano de acordo com o artigo 5º, caput e § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, ou seja: pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante por relação empregatícia ou

estatutária, sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, demitidos ou aposentados, que tenham sido a ela vinculados anteriormente, ressalvado o disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998; agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, bem como o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos e demais vínculos acima referidos (artigo 5º, § 1º, VII, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

1. Nos contratos de planos coletivos empresariais, dispor que a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 5º, § 2º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

D) Nos contratos de planos coletivos por adesão, definir a quem se destina o plano de acordo com o artigo 9º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009, como pessoas físicas que mantenham vínculo profissional, classista ou setorial com: os conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão; os sindicatos, as centrais sindicais e as respectivas federações e confederações; as associações profissionais legalmente constituídas; as cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas; e as caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução, bem como outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial desde que autorizadas pela ANS e as entidades previstas nas Leis 7395 de 31 de outubro de 1985 e 7398, de 04 de novembro de 1985; e o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro (artigo 9º, I a VII, e § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

1. Nos contratos de planos coletivos por adesão, dispor que a adesão do grupo familiar dependerá da participação do beneficiário titular no plano privado de assistência à saúde (artigo 9º, § 2º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009), e que;

2. Caberá à operadora de plano de assistência à saúde exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante e a condição de elegibilidade do beneficiário (artigo 9º, § 3º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

E) Nos contratos de planos de todas as segmentações, especificar a garantia de inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, com aproveitamento das carências já cumpridas pelo usuário adotante (artigo 12, VII, da Lei 9656/1998).

F) Nos contratos de planos hospitalares com cobertura obstétrica, garantir o direito de inscrição do recém-nascido, filho adotivo ou natural, como dependente, com isenção de carência (artigo 12, III, "b", da Lei 9656/1998), sendo vedada qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo (artigo 20 da RN 162/2007).

G) As operadoras classificadas na ANS como autogestões deverão definir no regulamento para quem se destina o plano, de acordo com o artigo 2º da RN 137/2006, alterada pela RN 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, e grupos familiares dos beneficiários, limitado ao terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim.

Tema III - Coberturas e Procedimentos Garantidos

As coberturas listadas abaixo, previstas no artigo 12 da Lei 9656/1998, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no Rol de Procedimentos Odontológicos são as coberturas e procedimentos mínimos a serem garantidos nos planos de saúde, por determinação da legislação vigente e sua regulamentação.

O oferecimento de cobertura mais ampla que a determinada nos normativos mencionados caracteriza Cobertura e/ou Serviço Adicional e deverá ser informada no cadastro do plano na ANS.

A) Nos contratos de planos de todas as segmentações, dispor sobre:

1. 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 9656/1998) e Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde ou Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento.

B) Nos contratos de planos médico-hospitalares, dispor sobre:

1. a cobertura dos atendimentos nos casos de planejamento familiar, de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei 9656/1998, previstos no Anexo I da RN 192/2009;
2. a participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento terá sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica;
3. o atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

C) Os contratos de Planos que incluem a segmentação Ambulatorial devem dispor sobre:

1. a 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 e artigo 14, I, da RN 167/2008);
2. a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, ou cirurgião-dentista devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação (artigo 12, I, "b", da Lei 9656/1998, artigo 14, II, da RN 167/2008 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007);
3. a cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, III, da RN 167/2008);

4. a cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, IV, da RN 167/2008);
 5. a cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente (artigo 14, V, da RN 167/2008);
 6. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais (artigo 14, VIII, da RN 167/2008):
 - hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial;
 - radioterapia ambulatorial;
 - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais;
 - hemoterapia ambulatorial; e
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais;
 7. 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 11/1998);
 8. 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, I, "b", da Resolução CONSU 11/1998).
- D) Os contratos de Planos que incluem a segmentação hospitalar, inclusive o do plano referência, devem dispor sobre:
1. a cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos, nos planos sem cobertura obstétrica (artigo 12, II, "a" c/c artigo 33, ambos da Lei 9656/1998);
 2. a 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, "b", da Lei 9656/1998);
 3. a cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação (artigo 12, II, "c", da Lei 9656/1998);
 4. a 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, "d", da Lei 9656/1998);

5. a cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);
6. a cobertura para remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro (artigo 12, II, "e", da Lei 9656/1998);
7. a cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos e com idade igual ou superior a sessenta anos, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente (artigo 12, II, "f", da Lei 9656/1998 c/c artigo 16 da Lei 10741/2003 - Estatuto do Idoso e artigo 15, I e II, da RN 167/2008);
8. a cobertura de cirurgia odontológica buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar, realizada por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica, e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, III c/c artigo 17, § 4º, ambos da RN 167/2008);
9. a cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo a cobertura de exames complementares solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar (artigo 15, IV c/c artigo 17, §§ 2º e 4º, ambos da RN 167/2008);
10. a cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais, mesmo quando prestados ambulatorialmente, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada como internação hospitalar (artigo 15, V, da RN 167/2008):
 - hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
 - quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 14, VIII, "b", da RN 167/08;
 - radioterapia: todos os procedimentos descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral ou enteral;
 - procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - embolizações listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
 - radiologia intervencionista;
 - exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

- procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;

11. a cobertura de 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 9656/1998, incluído pela Lei 10223/2001);
12. a cobertura de cirurgia plástica reparadora de órgãos e funções conforme Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
13. 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 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);
14. 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 11/1998, alterado pela Resolução CONSU 15/1999);

(Observação: 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 11/1998);

15. a cobertura de todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas (artigo 2º, II, parágrafo único, da Resolução CONSU 11/1998);
16. nos casos em que houver limitação para o custeio integral das internações psiquiátricas, na forma prevista no artigo 2º, II, "a" e "b", da Resolução CONSU 11/1998, o contrato deve estipular a forma como se dará a cobertura da internação psiquiátrica nos dias excedentes. A regra do artigo 3º da Resolução CONSU 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. O contrato deve estipular ainda que esta co-participação não pode caracterizar o financiamento integral da internação e deve obedecer aos tetos estabelecidos nos normativos vigentes.

(Observação: a co-participação exclusiva nos dias excedentes em psiquiatria, quando houver, não é fator determinante de característica de plano de saúde, conforme item 10 do Anexo II da RN 100/2005, e não deve ser informada no cadastro do plano na ANS);

(Observação: deverá constar no contrato o campo para preenchimento dos percentuais ou valores de co-participação no momento da comercialização e que obedecerão aos tetos estipulados nos normativos editados pela ANS vigentes à época);

17. a cobertura de oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (artigo 5º, I, c/c artigo 2º, II, "a" ambos da Resolução CONSU 11/1998);
 18. 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, a cobertura de tratamento em regime de hospital-dia por cento e oitenta dias por ano (artigo 5º, II, da Resolução CONSU 11/1998);
 19. a cobertura dos transplantes de Rins e Córneas, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento; (artigo 2º da Resolução CONSU 12/1998 e artigo 15, § 3º, III, da RN 167/2008);
 20. a cobertura das despesas com os procedimentos vinculados aos transplantes mencionados acima, incluindo todas aquelas necessárias à realização do transplante, no que couber, como: as despesas assistenciais com doadores vivos, os medicamentos utilizados durante a internação, o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio e as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS, sendo admitida a exclusão de medicamentos de manutenção (artigo 2º e parágrafos da Resolução CONSU 12/1998);
 21. nos casos em que houver garantia de assistência para procedimentos hospitalares na modalidade de hospital-dia, em internações de curta-permanência, deve esclarecer que esta se dará a critério do médico assistente.
- E) Os contratos de Planos que incluem a segmentação hospitalar com obstetrícia, inclusive o do plano referência, devem dispor sobre:
1. toda a cobertura definida para os planos com segmentação hospitalar, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal e da assistência ao parto e puerpério (artigo 16 da RN 167/2008);
 2. a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto e pós-parto imediato (artigo 16, I, da RN 167/2008);
 3. a 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 RN 162/2007). (artigo 16, II, da RN 167/2008).
- F) Os contratos de Planos que incluem a segmentação odontológica devem dispor sobre:
1. todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9656/1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia e no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, especificando nominalmente todos os procedimentos (artigo 17, caput, da RN 167/2008);

2. a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento (artigo 17, § 3º, da RN 167/2008).
- G) Os contratos de Planos Odontológicos em regime de pagamento misto devem observar, além do disposto no item F, as seguintes regras:
1. discriminar os procedimentos em pré-pagamento estabelecidos no artigo 2º da RN 59/2003;
 2. informar que a cobertura assistencial inclui todos os itens definidos pela ANS no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, devendo obrigatoriamente ser submetidas a regime de pré-pagamento, sem utilização de mecanismos de regulação financeira, as despesas relativas, no mínimo, aos seguintes procedimentos:
 - a) consulta inicial;
 - b) curativo em caso de hemorragia bucal/labial;
 - c) curativo em caso de odontalgia aguda/ pulpectomia/ necrose;
 - d) imobilização dentária temporária;
 - e) recimentação de peça protética;
 - f) tratamento de alveolite;
 - g) colagem de fragmentos;
 - h) incisão e drenagem de abscesso extra-oral;
 - i) incisão e drenagem de abscesso intra-oral;
 - j) reimplante de dente avulsionado;
 - k) orientação de higiene bucal;
 - l) evidenciação de placa bacteriana;
 - m) aplicação tópica de flúor.

(Observação: os procedimentos não incluídos acima poderão ser submetidos a regime de pós-pagamento, de acordo com as regras estabelecidas no tema XII – Reajuste)

Tema IV - Exclusões de Cobertura

- A) Os contratos devem especificar as exclusões de cobertura à assistência contratada, com vistas ao disposto no artigo 10 da Lei 9656/1998, respeitadas as coberturas mínimas obrigatórias previstas no artigo 12 da Lei 9656/1998 e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de Procedimentos 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, no artigo 14, parágrafo único e no artigo 15, § 3º, ambos da RN 167/2008.
- C) Nos contratos de todas as segmentações, são permitidas as seguintes exclusões assistenciais, observadas as definições previstas no artigo 13 da RN 167/2008:
 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 e produtos para a saúde 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 cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
10. tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
11. consultas domiciliares.

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 (artigo 11 da RN 167/2008).

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 e Eventos em Saúde vigente à época do evento, independentemente da causa;
3. próteses importadas nacionalizadas (registradas na ANVISA) e utilizadas no ato cirúrgico;
4. cirurgias plásticas reparadoras (artigo 10, II, da Lei 9656/1998);
5. complicações de procedimentos não cobertos, de acordo com a Súmula Normativa nº 10/2006.

F) Nos contratos de planos exclusivamente ambulatoriais, podem ser excluídos:

1. procedimentos de diagnóstico e terapêutica em hemodinâmica que demandem internação e apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares;
2. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
3. quimioterapia oncológica intra-tecal ou as que demandem internação;
4. procedimentos de radioterapia para a segmentação hospitalar;
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.

G) Nos contratos de planos exclusivamente hospitalares, podem ser excluídos:

1. consultas ambulatoriais e domiciliares;
2. atendimento pré-natal ambulatorial e hospitalar (quando não incluir a cobertura obstétrica);
3. transplantes, à exceção de córnea e rim, e dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento;
4. os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização de procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos.

H) Nos contratos de planos exclusivamente odontológicos, podem ser excluídos:

1. os procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;
2. os procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares;
3. as despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório.

Tema V - Duração do Contrato

A) Nos contratos de planos individuais/familiares:

1. as operadoras deverão informar que o contrato vigorará por prazo indeterminado, bem como o início da vigência;
2. 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 9656/1998;
3. a operadora poderá estipular que o prazo de vigência mínima do contrato será de um ano (artigo 13, parágrafo único, da Lei 9656/1998), observando o disposto no Tema XVII, "a", deste manual, devendo, neste caso, indicar que a renovação automática do contrato será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

B) Nos contratos de planos coletivos:

1. as operadoras deverão informar o prazo do contrato, que será indeterminado, bem como o início da vigência (artigo 1º, I, da Lei 9656/1998);
2. as operadoras poderão estipular prazo de vigência mínima, devendo, nesse caso, indicar que a renovação automática do instrumento jurídico será por prazo indeterminado, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor;
3. a data do início da vigência é a data de assinatura do contrato, para efeito de reajuste anual, de acordo com o artigo 16, II, da Lei 9656/1998. As partes contratantes podem negociar o início da vigência do contrato, desde que até este momento não seja feito nenhum pagamento à operadora;
4. nos planos operados por autogestão, o início da vigência será a data da aprovação do regulamento ou a data da assinatura do convênio de adesão pelo patrocinador.

Tema VI - Períodos De Carência

- A) Especificar nos contratos os períodos de carência, se houver, para consultas, exames, parto, internação, odontologia e demais serviços, conforme o inciso V, do artigo 12 da Lei 9656/1998.
- B) Poderá haver previsão de campo, ao lado dos prazos máximos estipulados, para preenchimento de prazo inferior negociado entre as partes.
- C) Nos contratos de planos coletivos empresariais, especificar que não haverá carências nos planos com 30 participantes ou mais (artigo 6º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009), para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à pessoa jurídica contratante.
- D) Nos contratos de planos coletivos por adesão, especificar que não poderá ser exigido o cumprimento de carências se:
1. a inscrição do beneficiário no plano ocorrer em até trinta dias da celebração do contrato (artigo 11 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
 2. o beneficiário se vincular à contratante após o transcurso do prazo acima e formalizar sua proposta de adesão até trinta dias após a data de aniversário do contrato coletivo (artigo 11, § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
- E) Nos contratos de planos coletivos, havendo carência, estabelecer que a contagem para cada beneficiário se dará a partir de seu ingresso.

Tema VII - Doenças E Lesões Preexistentes

- A) Nos contratos de planos individuais/familiares e coletivos, a operadora deverá:
1. definir corretamente "doença e lesão preexistente", que é aquela de que o beneficiário é sabedor no momento da contratação do plano;

2. esclarecer que o beneficiário deverá preencher declaração de saúde, no momento da contratação, na forma dos artigos 5º, 10 e 11 da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
 3. 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
 4. especificar o conceito de Cobertura Parcial Temporária, como a suspensão, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, 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, II, da RN 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
 5. 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
 6. 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009);
 7. 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 162/2007, alterada pela RN 200/2009).
- B) Nos contratos de planos coletivos empresariais, a operadora deverá, ainda, 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 trinta, para os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. (artigo 7º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

Tema VIII – Atendimento de Urgência e Emergência

- A) Os contratos de planos médico-hospitalares devem:
1. definir urgência e emergência na forma do artigo 35-C da Lei 9656/1998;
 2. dispor sobre o atendimento da situação da urgência e emergência de acordo com a segmentação contratada e a garantia de remoção, quando necessária por indicação médica para outra unidade da operadora ou para o SUS quando não há cobertura para a continuidade do tratamento.

B) Nos contratos de planos ambulatoriais, a operadora 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 13/1998).

1. O contrato deve dispor, ainda, que haverá:

- a) garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, 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;
- b) garantia de remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, quando ultrapassadas as primeiras 12 horas ou caracterizada a necessidade de internação.

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

1. a garantia para atendimentos decorrentes de acidentes pessoais, sem restrições, depois de decorridas 24 horas de vigência do contrato (artigo 3º, §2º, da Resolução CONSU 13/1998);
2. a garantia de que, depois de cumpridas as carências, haverá cobertura dos 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 13/1998);
3. a 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. a 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 13/1998);
5. a 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;
6. o contrato deve dispor, ainda, que haverá:
 - a) garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, 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;

- b) garantia de 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;
- c) garantia de 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.

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

- 1. a garantia de cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência (artigo 5º da Resolução CONSU 13/1998);
- 2. a 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 13/1998);
- 3. o contrato deve dispor, ainda, que haverá:
 - a) garantia de remoção para unidade de atendimento da rede do plano, 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;
 - b) garantia de 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.

E) Nos planos com segmentação odontológica, o contrato deve dispor sobre:

- 1. a garantia de cobertura para atendimentos de urgência e emergência citando nominalmente todos os procedimentos de urgência e emergência e definições constantes no Rol de Procedimentos Odontológicos.

F) Em planos de todas as segmentações, o contrato deve dispor sobre:

- 1. a garantia do 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, VI, da Lei 9656/1998);
- 2. a garantia de 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, VI, da Lei 9656/1998);
- 3. a relação dos documentos necessários para o reembolso, assegurando que o seu pagamento será efetuado em até trinta dias da entrega destes documentos;

4. o prazo de prescrição para o beneficiário apresentar os documentos, observando o mínimo de um ano (Código Civil 2002).
- G) O contrato deve dispor sobre as seguintes regras no caso de remoção para uma unidade do SUS:
1. quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador o atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus;
 2. caberá à operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
 3. na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS;
 4. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no item 2, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Tema IX - ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Os contratos de planos de saúde que permitem acesso a livre escolha de prestadores devem:

- 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 100/2005 e conforme cadastrado na ANS.
- B) Conter cláusula clara com todas as informações necessárias para que o próprio consumidor possa calcular o quanto receberá de reembolso. Deste modo, a operadora deve trazer, conforme o caso; fórmula, juntamente com as descrições de seus componentes tais como: múltiplo de reembolso, unidade de reembolso, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo etc.
- C) A tabela utilizada para o cálculo do valor de reembolso deve ser amplamente divulgada pela operadora, para tanto deverá indicar no contrato:
 1. além do registro em cartório, pelo menos mais dois meios de divulgação da tabela, dentre os seguintes: acesso à tabela no sítio da operadora na internet; disponibilização da tabela na sede da contratante em planos coletivos, para consulta dos beneficiários; disponibilização da tabela na sede da operadora, para consulta dos beneficiários;
 2. os meios de esclarecimento desta tabela, por exemplo, através de atendimento por telefone ao consumidor;
 3. para melhor compreensão dos beneficiários, a operadora poderá ainda estabelecer em seu contrato uma tabela exemplificativa com os valores dos procedimentos mais utilizados.

- D) Dispor que o valor de reembolso das despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada (inciso IX, artigo 2º, Resolução CONSU 08/1998, acrescentado pelo inciso V, artigo 1º, da Resolução CONSU 15/1998).
- E) Estipular prazo de reembolso, observando o prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada (aplicação por analogia do inciso VI, artigo 12, da Lei 9656/1998).
- F) Informar como ocorrem os reajustes dos valores de reembolso ou da unidade de serviço, conforme o tipo de tabela utilizado pela operadora.
- G) É vedado o reembolso diferenciado por prestador, uma vez que tal prática restringe a livre escolha de prestadores.

Tema X - MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Os contratos de planos de saúde devem:

- A) Definir as medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais, em especial a regulamentação da Lei 9656/1998 e a Resolução CONSU 8/1998.
- B) Especificar os mecanismos de Porta de Entrada e Direcionamento, se houver, indicando as regras para o acesso e atendimento.
- C) 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 100/2005, os eventos a que se aplicam e o seu valor monetário ou percentual, observando os limites máximos estabelecidos em normativo vigente.
- D) Estabelecer os valores prefixados de co-participação e/ou franquia 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 (artigo 2º, VIII, e artigo 4º, VII da Resolução CONSU 8/1998).
- E) 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.
- F) Nos procedimentos que exigem autorização prévia, informar a rotina para a sua obtenção e que a resposta à solicitação de autorização prévia do procedimento será dada, 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 8/1998).
- G) Informar que os 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 8/1998 – Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 11/2007).

- H) Informar os meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).
- I) Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no artigo 17 e parágrafos, da Lei 9656/1998, com a comunicação prévia nos casos de substituição de rede hospitalar ou autorização da ANS nos casos de redimensionamento por redução de rede hospitalar.
- J) Indicar, quando houver, orientações diferenciadas para determinados procedimentos (ex: transplantes de rim e córnea e transtornos psiquiátricos).
- K) Dispor sobre a junta médica para definição de impasses em casos de divergências médicas ou odontológicas, na forma do artigo 4º, V, da Resolução CONSU 8/1998.

Tema XI – FORMAÇÃO DO PREÇO E MENSALIDADE

Os contratos de planos de saúde devem:

- A) Definir a forma de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada conforme item 11 do Anexo II da RN 100/2005, alterado pela RN 144/2007, ou seja, pré ou pós-estabelecido na forma de custo operacional ou rateio. (Observação: apenas os planos odontológicos podem utilizar a forma de pagamento misto, na forma da RN 59/2003).
- B) Definir as obrigações do contratante relativas ao pagamento da mensalidade.
- C) Nos planos coletivos empresariais, o contrato deve dispor claramente que o pagamento total será feito pela pessoa jurídica contratante, sendo de sua exclusiva responsabilidade, ressalvadas as hipóteses dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, as operadoras na modalidade de autogestão ou entes da administração pública direta ou indireta (artigo 8º da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
- D) Nos planos coletivos por adesão, o contrato deve:
 - 1. dispor claramente que o pagamento das contraprestações pecuniárias dos beneficiários à operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, ressalvadas as hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, e as operadoras na modalidade de autogestão (artigo 13 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
 - 2. conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários com a pessoa jurídica contratante, quando houver, bem como as condições e prazos de pagamento (artigo 15 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
- E) 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.
- F) As operadoras classificadas como autogestões, deverão especificar 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 artigo 14, I e II, da RN 137/2006, alterada pela RN 148/2007.

- G) Nos produtos coletivos por custo operacional, esclarecer como se dará o pagamento das despesas assistenciais (RN 100/2005, 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 da Diretoria Colegiada da ANS 9/2005).
- H) Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e aqueles a este já vinculados (artigo 21 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).

Tema XII - REAJUSTE

- A) Nos contratos de planos médico-hospitalares individuais e familiares, definir que o reajuste ocorrerá anualmente, a partir da data de aniversário do contrato (artigo 9º RN 171/2008) e observará o índice autorizado pela ANS (artigos 2º e 8º da RN 171/2008).
- B) Nos contratos de planos médico-hospitalares coletivos com formação de preço pré-estabelecido, definir os critérios de reajuste das contraprestações e a comunicação deste reajuste a ANS (artigos 13, 14 e 15 da RN 171/2008).
- C) Nos contratos de planos exclusivamente odontológicos individuais e familiares, eleger um índice de preços divulgado por instituição externa (artigo 2º da RN 172/2008).
- D) Nos contratos de planos exclusivamente odontológicos coletivos com formação de preço pré-estabelecido, definir os critérios de reajuste das contraprestações e a comunicação deste reajuste à ANS (artigo 14, 15 e 16 da RN 172/2008).
- E) Os contratos de planos exclusivamente odontológicos em regime de pagamento misto, além de observar o disposto para os planos com formação de preço pré-estabelecido, deverão:
 - 1. informar as condições e periodicidade de atualização da tabela de preços dos procedimentos sujeitos a pós-pagamento, a qual deverá integrar o contrato (artigo 3º da RN 59/2003);
 - 2. deixar 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 do contrato (parágrafo único, artigo 3º, da RN 59/2003).
- F) Nos planos com formação de preço pós-estabelecido, custo operacional e rateio, não há reajuste de mensalidade, não havendo obrigação de enviar comunicado a ANS, 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.
- G) Os contratos de planos coletivos devem ainda prever as seguintes regras para aplicação de reajuste, considerado como qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive quando decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato (artigo 19, § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009):
 - 1. nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei 9656/98 (artigo 19, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);

2. deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de 12 meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Contrato;
3. na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 meses consecutivos, anteriores à data base de aniversário considerada como o mês de assinatura do Contrato;
4. nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no item 2;
5. independentemente da data de inclusão dos usuários, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data base única;
6. não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado contrato (artigo 20 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);

Tema XIII - FAIXAS ETÁRIAS

A) Nos contratos de planos de saúde devem ser dispostas as variações de faixas etárias, se houver, de acordo com as regras da RN 63/2003:

- 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 contratos deverão conter as seguintes regras sobre os percentuais de variação de faixa etária:

- 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 com registro provisório, o contrato deverá trazer dois dispositivos: um, com 07 (sete) faixas etárias, para os planos comercializados antes da 01/01/2004 (RN 63/2003) e, outro, com 10 (dez) faixas para os planos comercializados após 01/01/2004. A operadora poderá trazer apenas o campo previsão (____%) para os percentuais a serem aplicados, porém deverá, obrigatoriamente, acrescentar ao texto as regras dos incisos I e II do artigo 3º da RN 63/2003, no caso das 10 faixas etárias e as regras da

Resolução CONSU 06/1998, no caso das 7 faixas etárias, dispostas abaixo. Desta forma, poderá ser comercializado o mesmo produto com diferentes variações de percentuais, desde que haja o envio da NTRP correspondente.

- 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 contratos deverão conter as seguintes regras sobre os percentuais de variação de faixa etária:

- 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) Os contratos deverão, ainda, dispor que 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 XIV – BÔNUS – DESCONTOS

Os contratos de plano de saúde que contemplem bônus e/ou descontos devem:

- A) Expor os critérios para concessão de bônus e descontos, respeitando o disposto no artigo 3º da Resolução CONSU 6/1998 e Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 7/2005.
- B) Observar que é vedada a concessão de bônus que estimulem a redução da utilização dos serviços (Súmula da Diretoria Colegiada da ANS 7/2005).
- C) Observar que 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 6/1998).

Tema XV - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS

- A) Nos contratos de planos coletivos empresariais, dispor sobre os direitos de permanência no plano aos demitidos sem justa causa e aposentados que contribuirão para o plano, conforme disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998, observadas as Resoluções CONSU 20/1999 e 21/1999, alteradas pela RN 195/2009, especificando:
 - 1. o prazo máximo de 30 dias para o exercício da opção assegurada (artigo 2º, § 6º, das Resoluções CONSU 20/1999 e 21/1999);
 - 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 (artigo 30, § 2º, e artigo 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 (artigo 30, § 3º e artigo 31, § 2º da Lei 9656/1998);
 5. a garantia de que o benefício dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998 não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho (artigo 30, § 4º e artigo 31, § 2º da Lei 9656/1998);
 6. que a condição prevista neste artigo deixará de existir quando da admissão do beneficiário em novo emprego (artigo 30, § 5º, e artigo 31, § 2º, da Lei 9656/1998).
- B) Observar que nos planos custeados integralmente pela empresa contratante, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.
- C) Os contratos de planos Coletivos Empresariais, exceto para operadoras de autogestão, devem 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 19/1999.

(Observação: este tema não se aplica aos planos Coletivos por Adesão)

Tema XVI - 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.
1. Especificar que a extinção do vínculo do titular não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes (artigo 3º, § 1º, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
 2. O disposto no item anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade (inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei 9656/1998).
- B) Nos planos coletivos, especificar em que condições a pessoa jurídica contratante pode solicitar a suspensão ou exclusão dos beneficiários titulares e dependentes do contrato que continua vigente (artigo 18, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009).
1. Informar que caberá tão-somente à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários.
 2. Informar que as operadoras de planos de assistência à saúde só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

- a) fraude; ou
- b) por perda dos vínculos do titular com a pessoa jurídica contratante, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/1998.

Tema XVII - RESCISÃO/SUSPENSÃO

A) Nos contratos de Planos individuais/familiares:

1. garantir, de acordo com o artigo 13, parágrafo único, II, da Lei 9656/1998, que a rescisão contratual unilateral por parte da Contratada somente pode ocorrer em duas hipóteses:
 - a) por fraude comprovada;
 - b) 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.
2. a operadora poderá estabelecer multa rescisória nos casos em que o beneficiário titular desejar 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 doze meses.

B) Nos contratos de Planos coletivos:

1. definir as condições para rescisão e suspensão (artigo 17 da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
2. dispor que somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17, parágrafo único, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
3. especificar as causas que autorizam a rescisão motivada do contrato antes de completar o período de doze meses (artigo 17, parágrafo único, da RN 195/2009, alterada pela RN 200/2009);
4. especificar a multa negociada entre as partes nos casos de rescisão imotivada requerida antes do período de doze meses.

- 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 deverão informar que o encerramento da operação do plano de saúde se dará de acordo com seu estatuto respeitando as regras estabelecidas, principalmente quanto à instância decisória competente.

Tema XVIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

- A) Dispor sobre todas as condições ou obrigações gerais referentes à relação operadora–consumidor, que não sejam pertinentes a nenhum dos temas específicos elencados neste Manual.
- B) A operadora deverá dispor que fazem parte do contrato quaisquer documentos entregues ao beneficiário que tratem de assuntos pertinentes ao plano de saúde. Dentre esses documentos, incluem-se: proposta de adesão, declaração de saúde, tabela de reembolso, guia do beneficiário, guia de leitura contratual, etc.

Tema XIX - ELEIÇÃO DE FORO

Especificar que o foro é o da Comarca do contratante.