

ANEXO I-A
FORMULÁRIO DE GESTÃO DE CONTAS DO SISTEMA DE RESSARCIMENTO
ELETRÔNICO AO SUS – SISREL

DADOS DA OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - OPS
Nome ou Razão Social:
CNPJ:

DADOS DO(A) SOLICITANTE
Nome:
CPF:
Perfil:

DADOS DO(A) USUÁRIO(A)
Nome:
CPF:
Login [*] :
Documento de identificação ^{**} :
Data de Nascimento ^{**} :
Sexo ^{**} :
Telefone ^{**} :
Fax ^{**} :
Endereço ^{**} :
E-mail ^{**} :
Perfil(is) de acesso ^{**} : _____, conforme permissões e poderes discriminados na Tabela de Permissões e Poderes por Perfil de Acesso e Uso do SISREL, em anexo.

SOLICITAÇÃO
<input type="checkbox"/> Credenciamento do(a) usuário(a) acima qualificado(a) com o(s) perfis de acesso e de uso do SISREL indicados.
<input type="checkbox"/> Alteração da conta do(a) usuário(a) do SISREL acima qualificado(a), conforme os dados informados neste formulário.
<input type="checkbox"/> Bloqueio do acesso ao SISREL do(a) usuário(a) acima identificado(a).
<input type="checkbox"/> Desbloqueio do acesso ao SISREL do(a) usuário(a) acima identificado(a).
<input type="checkbox"/> Descredenciamento do(a) usuário(a) do SISREL acima identificado(a).

_____ de _____ de _____.

(assinatura digital)
Solicitante

(assinatura digital)***
Usuário(a)

Observações: * Preencher apenas em se tratando de alteração de conta, bloqueio, desbloqueio ou descredenciamento de usuário. ** Preencher apenas em se tratando de credenciamento ou alteração de conta. *** Assinar apenas em se tratando de credenciamento ou alteração de conta.
--

ANEXO I-B
TABELA DE PERMISSÕES E PODERES POR PERFIL DE ACESSO E USO DO SISREL

Perfil	Permissões e poderes
Gestão de contas de usuários	Confere ao usuário poderes para credenciar outros usuários do SISREL com quaisquer perfis, com exceção de “representante legal” e “gestão de contas”, a alterar suas informações cadastrais e perfis de acesso, bem como a bloquear, desbloquear e descredenciar esses usuários.
Processo administrativo	Confere ao usuário poderes para representar a OPS junto à ANS nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS, podendo ter vista aos autos, receber notificações, confessar dívida, impugnar cobranças, recorrer de decisões administrativas, desistir de impugnações e recursos, apresentar defesas, encaminhar documentos comprobatórios, prestar informações e praticar quaisquer outros atos necessários à salvaguarda dos interesses da OPS, com exceção da apresentação de impugnação e da interposição de recurso administrativo com motivo de natureza técnica.
Auditoria Técnica	Restrito a médicos auditores, confere ao usuário poderes para representar a OPS junto à ANS nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS, podendo ter vista aos autos, receber notificações, confessar dívida, impugnar cobranças, recorrer de decisões administrativas, desistir de impugnações e recursos, apresentar defesas, encaminhar documentos comprobatórios, prestar informações e praticar quaisquer outros atos necessários à salvaguarda dos interesses da OPS, inclusive a apresentação de impugnação e a interposição de recurso administrativo com motivo de natureza técnica.
Recolhimento	Confere ao usuário poderes para representar a OPS junto à ANS nos processos administrativos de ressarcimento ao SUS, podendo emitir e cancelar Guias de Recolhimento da União, solicitar repetição de indébito, informar depósitos judiciais e praticar outros atos referentes ao recolhimento dos valores.

ANEXO II
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E RESPONSABILIDADE PELO ACESSO E USO
DO SISTEMA DE RESSARCIMENTO ELETRÔNICO AO SUS – SISREL, DA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Eu, _____, credenciado(a) pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde - OPS _____ como usuário(a) do SISREL, comprometo-me a:

- I - acessar e utilizar o SISREL nos estritos limites das permissões e poderes do(s) perfil(s) de acesso e uso a mim concedido(s), e em conformidade com os instrumentos normativos da ANS que regulamentam o processo de ressarcimento ao SUS e o SISREL;
- II - garantir a disponibilidade de minha conta de e-mail cadastrada no Formulário de Credenciamento de Usuários do SISREL para o recebimento de mensagens do SISREL, bem como configurar qualquer tipo de filtro anti-spam para que não bloqueie mensagens provenientes do domínio “ans.gov.br” ou que tampouco exija confirmação manual;
- III - utilizar os dados e informações do SISREL exclusivamente no âmbito dos processos de ressarcimento ao SUS e no controle, avaliação e qualificação de serviços de assistência à saúde;
- IV - não utilizar e não permitir a utilização os dados e informações do SISREL que crie obrigações ou restrinja direitos de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, ou que de qualquer forma os discrimine, impeça ou dificulte seu acesso a serviços de assistência à saúde, ou sua adesão a planos privados de assistência à saúde;
- V - não revelar informações identificadas do atendimento pelo SUS, salvo se estritamente necessário à defesa da OPS em processo administrativo de ressarcimento ao SUS, ou para utilização em controle, avaliação e qualificação dos serviços de assistência à saúde, e desde que os destinatários se comprometam ao mesmo sigilo e às restrições de uso das informações;
- VI - manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- VII - comunicar por escrito à ANS e ao Representante Legal da OPS ou à pessoa por ele indicada quaisquer indícios ou possibilidades de irregularidades, de desvios ou falhas identificadas no SISREL, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades porventura existentes;
- VIII - inserir apenas dados verdadeiros no SISREL;
- IX - não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- X - não revelar minha senha de acesso ao SISREL a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento;
- XI - alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;
- XII - não fornecer minha chave privada de assinatura digital, e tampouco revelar sua senha para terceiros;
- XIII - requerer imediatamente a revogação de meu certificado digital junto à Autoridade Certificadora habilitada que o emitiu, caso sua segurança tenha sido de alguma forma comprometida;
- XIV - respeitar as normas de segurança e restrições de sistema impostas pelos sistemas de segurança implantados na ANS;
- XV - observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade;

- XVI - responder, em todas as instâncias, pelas conseqüências das ações ou omissões de minha parte, que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de minha senha, de uso de minha chave privada ou das transações a que tenha acesso;
- XVII - manter atualizados os dados cadastrais e os perfis de acesso dos usuários da OPS credenciados no SISREL*;
- XVIII - bloquear as contas de usuários temporariamente afastados dos processos de ressarcimento ao SUS*;
- XIX - descredenciar imediatamente do SISREL os usuários desvinculados da OPS ou das tarefas relacionadas aos processos administrativos de ressarcimento ao SUS*;
- XX - responder, em todas as instâncias, pelas conseqüências das ações ou omissões da parte dos usuários por mim credenciados que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de suas senhas, de uso de chave privada ou das transações a que tenham acesso.

Declaro, ainda, estar ciente de que:

- I - A violação dos compromissos assumidos por meio deste Termo poderão ensejar o bloqueio ou a exclusão de minha conta de usuário do SISREL, sem prejuízo da minha responsabilização administrativa, civil e penal, bem como da responsabilização da OPS;
- II - A divulgação de dados obtidos por meio do SISREL aos quais tenho acesso para outras pessoas não envolvidas nos trabalhos executados e fora dos limites estabelecidos neste Termo e nas normas em vigor pode constituir infração de informação sobre condições de saúde dos consumidores ou de proteção de informação do consumidor, previstas na Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, e pode constituir crime, como o de revelação de segredo profissional, sem prejuízo da responsabilidade civil pelos danos decorrentes;
- III - A inserção de dados falsos no SISREL constitui infração processual prevista na Resolução Normativa nº 185, de 31 de dezembro de 2008, e pode constituir crime, como de falsidade ideológica ou de estelionato, sem prejuízo da responsabilidade civil pelos danos decorrentes.

Observação: os compromissos marcados com asterisco (*) são exclusivos de usuários com o perfil “representante legal” ou “gestão de contas”.

_____ de _____ de _____

Solicitante

Usuário(a)

ANEXO III

MOTIVOS DE IMPUGNAÇÃO OU DE RECURSO

1. Motivos de impugnação ou de recurso de natureza administrativa:
 - 1.1. Atendimento já pago – são os casos em que a OPS já realizou pagamento por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente.
 - 1.2. Produto não cobre procedimento – são os casos em que o produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado não cobre procedimento realizado no atendimento pelo SUS.
 - 1.3. Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário – são os casos em que o valor integral das despesas assistenciais é repassado de forma individualizada ao beneficiário que utilizou os serviços, nos termos do item 2 Súmula Normativa da ANS n° 9, de 10 de novembro de 2005.
 - 1.4. Franquia ou co-participação – são casos em que o contrato ou regulamento do produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado prevê fator moderador a ser pago pelo beneficiário, seja ele franquia ou co-participação, aplicável ao atendimento identificado.
 - 1.5. Atendimento fora da abrangência geográfica do produto – são as hipóteses em que o estabelecimento onde foi realizado o atendimento identificado se localiza fora da abrangência geográfica delimitada pelo contrato ou regulamento do produto.
 - 1.6. Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora – são os casos de homonímia, em que o paciente atendido pelo SUS não é a mesma pessoa que o beneficiário de produto da OPS.
 - 1.7. Beneficiário em carência – são os casos em que o atendimento identificado foi realizado durante o prazo de carência do beneficiário para a utilização dos serviços prestados.
 - 1.8. Quantidade do procedimento não coberta pelo produto – são os casos em que a quantidade do procedimento realizado no atendimento identificado ultrapassa a quantidade máxima coberta pelo produto.
 - 1.9. Beneficiário excluído a pedido – são os casos de exclusão a pedido do próprio beneficiário, de seu responsável ou do beneficiário titular do plano;
 - 1.10. Beneficiário excluído por término da relação de vinculado – são os casos de exclusão do beneficiário por término da condição de dependência entre ele e o beneficiário titular em data anterior à do atendimento pelo SUS.
 - 1.11. Beneficiário excluído por extinção do vínculo empregatício – são os casos de exclusão de beneficiário de plano coletivo, de vínculo empregatício ativo, por demissão, aposentadoria ou óbito de beneficiário titular em data anterior à do atendimento pelo SUS, desde que o beneficiário não tenha optado por sua manutenção no produto.
 - 1.12. Beneficiário excluído por término do período de manutenção da condição de beneficiário – são as hipóteses de término do período de manutenção da condição de beneficiário após aposentadoria, demissão ou óbito do titular em data anterior à do atendimento identificado, nos termos dos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656, de 1998.
 - 1.13. Beneficiário excluído por óbito do beneficiário titular – são os casos de exclusão de beneficiário do produto por óbito do beneficiário titular em data anterior ao atendimento pelo SUS, desde que o beneficiário não tenha optado por sua manutenção no produto.
 - 1.14. Óbito do beneficiário identificado – são os casos de falecimento do beneficiário identificado em data anterior ao atendimento pelo SUS.
 - 1.15. Beneficiário excluído por inadimplência – são os casos de exclusão do beneficiário em data anterior à do atendimento pelo SUS, por inadimplência ou atraso no pagamento de uma ou mais mensalidades do produto, nos termos do inciso II, do parágrafo único, do artigo 13, da Lei n° 9.656, de 1998.
 - 1.16. Beneficiário excluído por fraude – são os casos de exclusão do beneficiário identificado, em data anterior à do atendimento pelo SUS, por fraude em declaração de saúde verificada em processo administrativo da ANS, cuja decisão final já tenha sido notificada às partes do processo.
 - 1.17. Beneficiário excluído por transferência de carteira – são as hipóteses de realização, em data anterior à do atendimento pelo SUS, transferência de carteira que contenha o contrato do beneficiário identificado.
 - 1.18. Outros motivos de natureza administrativa – demais hipótese de impugnação de natureza administrativa.
2. Motivos de impugnação ou de recurso de natureza técnica:

- 2.1. Acidente de trabalho – são os casos em que o atendimento identificado foi realizado em decorrência de acidente de trabalho não coberto pelo produto ao qual está vinculado o beneficiário.
- 2.2. Doença ou lesão preexistente – são os casos em que o atendimento identificado, por decorrer de doença ou lesão preexistente à adesão do beneficiário ao produto, não é coberto pelo produto, ou não é coberto durante o prazo de cobertura parcial temporária, vigente à época do atendimento pelo SUS.
- 2.3. Procedimento não realizado – são os casos em que o atendimento identificado não foi realizado pelo SUS.
- 2.4. Outros motivos de natureza técnica – demais hipótese de impugnação de natureza técnica.

ANEXO IV
CAMPOS DE INFORMAÇÃO ADICIONAIS DOS FORMULÁRIOS DE
IMPUGNAÇÃO/RECURSO

As tabelas deste Anexo descrevem, por motivo de impugnação/recurso, as informações adicionais a serem preenchidas nos formulários de impugnação/recurso.

Tabela 4.01 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “atendimento já pago”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de início do atendimento	Obrigatório
Data de término do atendimento	Obrigatório
Prestador - CNPJ	Obrigatório
Prestador - nome	Obrigatório
Procedimento pago - descrição	Obrigatório. Preencher uma vez para cada procedimento já pago.
Procedimento pago - quantidade	Obrigatório. Preencher uma vez para cada procedimento já pago.
Procedimento pago - valor unitário	Obrigatório. Preencher uma vez para cada procedimento já pago.
Valor total pago	Obrigatório
Data do pagamento	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.02 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “produto não cobre procedimento”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Segmentação assistencial do produto	Obrigatório
Procedimento(s) excluído(s) do produto	Obrigatório. Preencher uma vez para cada procedimento.
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório se “tipo de contratação” = “individual ou familiar”
Data de adesão do beneficiário identificado	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “titular” ou “outros”
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de contratação	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Adaptação do contrato para as coberturas da Lei 9.656, de 1998	Obrigatório se “data de adesão do beneficiário”, “data de adesão do beneficiário titular” ou “data de contratação” anterior a 02/01/1999
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.03 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “repasso integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Participação financeira da pessoa jurídica contratante	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Formação do preço	Obrigatório se “participação financeira da pessoa jurídica contratante” = “sem patrocínio”
Tipo de formação de preço pós-estabelecido	Obrigatório se “formação de preço” = “pós-estabelecido”
Repasso de todas as despesas assistenciais de	Obrigatório se “opção pós-estabelecido” = “custo

forma integral e individualizada para o beneficiário do plano	operacional”
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.04 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “franquia ou co-participação”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Procedimento(s) com fator moderador	Obrigatório. Preencher uma vez para cada procedimento com fator moderador.
Fator(es) moderador(es) do procedimento	Obrigatório. Preencher uma vez para cada fator moderador aplicável ao procedimento.
Tipo de valor de fator moderador do procedimento	Obrigatório. Preencher uma vez para cada fator moderador aplicável ao procedimento.
Valor do fator moderador do procedimento	Obrigatório. Preencher uma vez para cada fator moderador aplicável ao procedimento.
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.05 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “atendimento fora da abrangência geográfica do produto”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Abrangência geográfica do produto	Obrigatório
Detalhamento da abrangência "Municipal" ou "Grupo de Municípios"	Obrigatório se “abrangência geográfica do produto” = “Municipal” ou “Grupo de Municípios”. Informar todos os Município da abrangência geográfica do produto.
Detalhamento da abrangência "Estadual" ou "Grupo de Estados"	Obrigatório se “abrangência geográfica do produto” = “Estadual” ou “Grupo de Estados”. Informar todos os Estados da abrangência geográfica do produto.
Cobertura adicional - emergência fora da área de abrangência geográfica contratada	Obrigatório
Detalhamento da abrangência geográfica adicional para emergência	Obrigatório se “Cobertura adicional - emergência fora da área de abrangência geográfica contratada = Sim”. Informar todos os Estados ou Municípios da abrangência geográfica adicional para emergência
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.06 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Nome do beneficiário	Obrigatório
RG do beneficiário	Obrigatório
Órgão emissor do RG do beneficiário	Obrigatório
CPF do beneficiário	Obrigatório
PIS do beneficiário	Opcional
Nome do pai ou da mãe do beneficiário	Obrigatório
Data de nascimento do beneficiário	Obrigatório
Residência do beneficiário - logradouro	Obrigatório
Residência do beneficiário - número do logradouro	Obrigatório
Residência do beneficiário - complemento do logradouro	Obrigatório
Residência do beneficiário - bairro	Obrigatório
Residência do beneficiário - Município	Obrigatório
Residência do beneficiário - Estado	Obrigatório
Residência do beneficiário - CEP	Obrigatório
Telefone do beneficiário	Opcional
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.07 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário em carência”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Segmentação assistencial do produto	Obrigatório
Data de adesão do beneficiário identificado	Obrigatório
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório se “tipo de contratação” = “individual ou familiar”
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de contratação	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Adaptação do contrato para as coberturas da Lei 9.656, de 1998	Obrigatório se “data de adesão do beneficiário”, “data de adesão do beneficiário titular” ou “data de contratação” anterior a 02/01/1999
Quantidade de beneficiários do contrato maior ou igual a 50 entre a data de adesão e a data de internação do beneficiário no SUS	Obrigatório se “égide legal do produto” = “posterior à Lei nº 9.656, de 1998”, e “tipo de contratação” = “coletivo empresarial”
Pai ou mãe do beneficiário era beneficiário de plano privado de assistência à saúde na data de nascimento do beneficiário	Obrigatório se “égide legal do produto” = “posterior à Lei nº 9.656, de 1998”
Identificação do pai ou da mãe do beneficiário	Obrigatório se “pai ou mãe do beneficiário era beneficiário de plano privado de assistência à saúde na data de nascimento do beneficiário” = “Sim”
Data de adesão do pai ou da mãe do beneficiário	Obrigatório se “pai ou mãe do beneficiário era beneficiário de plano privado de assistência à saúde na data de nascimento do beneficiário” = “Sim”
Produto do pai ou da mãe do beneficiário	Obrigatório se “pai ou mãe do beneficiário era beneficiário de plano privado de assistência à saúde na data de nascimento do beneficiário” = “Sim”
Segmentação assistencial do produto do pai ou da mãe do beneficiário	Obrigatório se “pai ou mãe do beneficiário era beneficiário de plano privado de assistência à saúde na data de nascimento do beneficiário” = “Sim”
Prazo de carência do produto (dias)	Égide legal do produto anterior à Lei nº 9.656, de 1998
Alteração do prazo de carência do produto	Obrigatório
Prazo de carência reduzido (dias)	Obrigatório se “alteração do prazo de carência” = “redução do prazo de carência”
Último dia do prazo de carência	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.08 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “quantidade do procedimento não coberta pelo produto”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório se “tipo de contratação” = “individual ou familiar”
Data de adesão do beneficiário identificado	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “titular” ou “outros”
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de contratação	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo

	empresarial” ou “coletivo por adesão”
Adaptação do contrato para as coberturas da Lei 9.656, de 1998	Obrigatório se “data de adesão do beneficiário”, “data de adesão do beneficiário titular” ou “data de contratação” anterior a 02/01/1999
Procedimento com quantidade limitada - procedimento	Obrigatório. Informar todos os procedimentos com quantidade limitada.
Procedimento com quantidade limitada - unidade	Obrigatório. Informar uma vez para cada procedimento com quantidade limitada.
Procedimento com quantidade limitada - quantidade máxima coberta	Obrigatório. Informar uma vez para cada procedimento com quantidade limitada.
Procedimento com quantidade limitada - período da limitação de quantidade (meses)	Obrigatório. Informar uma vez para cada procedimento com quantidade limitada.
Procedimento com quantidade limitada - período de utilização anterior	Obrigatório. Informar uma vez para cada procedimento com quantidade limitada.
Procedimento com quantidade limitada - quantidade da utilização anterior	Obrigatório. Informar uma vez para cada procedimento com quantidade limitada.
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.09 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído a pedido”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.10 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por término da relação de vinculado”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório
Detalhamento do motivo do término da relação de vinculado ao beneficiário titular	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.11 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por extinção do vínculo empregatício”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Condição de vínculo do beneficiário no plano coletivo	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Data de extinção do vínculo empregatício	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
CNPJ da pessoa jurídica contratante	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - nome	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - logradouro	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - número do logradouro	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - complemento do logradouro	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - bairro	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - Município	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” =

	“coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - Estado	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - CEP	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Pessoa jurídica contratante - telefone	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Motivo da extinção do vínculo empregatício	Obrigatório se “tipo de contratação do produto” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Participação financeira da pessoa jurídica contratante	Obrigatório se “motivo da extinção do vínculo empregatício” = “demissão sem justa causa” ou “aposentadoria”
Participação financeira da pessoa jurídica contratante - patrocínio total ou parcial	Obrigatório se “participação financeira da pessoa jurídica contratante” = “com patrocínio”
Beneficiário optou por permanecer no plano após extinção do vínculo empregatício?	Obrigatório se “participação financeira da pessoa jurídica contratante” = “sem patrocínio”; ou “patrocínio total ou parcial” = “parcial”
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório se “motivo da extinção do vínculo empregatício” = “morte”
Beneficiário titular	Obrigatório se “motivo da extinção do vínculo empregatício” = morte; e “tipo de vínculo do beneficiário” = qualquer um, exceto “titular”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “motivo da extinção do vínculo empregatício” = morte; e “tipo de vínculo do beneficiário” = qualquer um, exceto “titular”
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.12 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por término do período de manutenção da condição de beneficiário”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Data de contratação	Obrigatório
Data de adesão do beneficiário identificado	Obrigatório
Condição de vínculo do beneficiário no plano coletivo	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho”, “filha” ou “outros”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho”, “filha” ou “outros”
Motivo da extinção do vínculo empregatício	Obrigatório
Período de existência do vínculo empregatício do beneficiário titular com a pessoa jurídica contratante	Obrigatório
O beneficiário titular contribuiu anteriormente para outro plano de assistência vinculado ao mesmo empregador?	Obrigatório
Plano anteriormente vinculado ao mesmo empregador para o qual contribuiu o beneficiário titular	Obrigatório se “o beneficiário contribuiu anteriormente para outro plano de assistência vinculado ao mesmo empregador?” = “sim”
Período de vinculação do beneficiário titular ao plano anterior	Obrigatório se “o beneficiário contribuiu anteriormente para outro plano de assistência vinculado ao mesmo empregador?” = “sim”
Justificativa da inconsistência entre a data de início do vínculo empregatício e a data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “data de início do vínculo empregatício” = “posterior à data de adesão do beneficiário titular”

Prazo de manutenção da condição de beneficiário	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.13 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por óbito do beneficiário titular”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório
Data de óbito do beneficiário titular	Obrigatório
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho”, “filha” ou “outros”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho”, “filha” ou “outros”
Condição de vínculo do beneficiário ao plano coletivo	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Participação financeira da pessoa jurídica contratante	Obrigatório se “condição de vínculo do beneficiário no plano coletivo” = “com vínculo empregatício”
Participação financeira da pessoa jurídica contratante - patrocínio total ou parcial	Obrigatório “participação financeira da pessoa jurídica contratante” = “com patrocínio”
O contrato assegura direito de manutenção da condição de beneficiário na hipótese morte do beneficiário titular?	Obrigatório se “patrocínio total ou parcial” = “total”
O beneficiário optou por permanecer no plano após a morte do titular?	Obrigatório se “tipo de contratação” = “individual ou familiar”; ou “condição de vínculo do beneficiário no plano coletivo” = “sem vínculo empregatício”; ou “participação financeira da pessoa jurídica contratante” = “sem patrocínio”; ou “patrocínio é parcial ou total” = “parcial”; ou “contrato assegura direito de manutenção da condição de beneficiário na hipótese morte do beneficiário titular” = “sim”
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.14 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “óbito do beneficiário identificado”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de óbito do beneficiário	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.15 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por inadimplência”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Mensalidade em atraso - data de vencimento	Obrigatório. Informar as datas de vencimento de todas as mensalidades em atraso anteriores ao atendimento
Mensalidade em atraso - data de pagamento	Obrigatório. Informar as datas de pagamento de todas as mensalidades em atraso anteriores ao atendimento. Deixar em branco caso a mensalidade não tenha sido paga
O beneficiário foi notificado da inadimplência?	Obrigatório
Data de ciência pelo beneficiário da notificação de inadimplência	Obrigatório se “o beneficiário foi notificado da inadimplência?” = “sim”
O beneficiário foi notificado da rescisão/suspensão unilateral do contrato?	Obrigatório
Data de ciência pelo beneficiário da notificação	Obrigatório se “o beneficiário foi notificado da

de rescisão/suspensão unilateral do contrato	rescisão/suspensão unilateral do contrato?" = "sim"
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.16 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por fraude”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
A operadora abriu processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado?	Obrigatório
Número do processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado	Obrigatório se “a operadora abriu processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado?” = “sim”
Há no processo administrativo decisão da qual não caiba mais recurso administrativo?	Obrigatório se “a operadora abriu processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado?” = “sim”
Decisão final do processo administrativo foi favorável à rescisão unilateral por fraude?	Obrigatório se “há no processo administrativo decisão da qual não caiba mais recurso administrativo?” = “sim”
Data da ciência pelo beneficiário, ou da publicação no DOU, da decisão final do processo administrativo de fraude	Obrigatório se “decisão final do processo administrativo foi favorável à rescisão unilateral por fraude?” = “sim”
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.17 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “beneficiário excluído por transferência de carteira”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Data de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde	Obrigatório
Tipo de transferência de carteira	Obrigatório
Data do término do prazo de incorporação dos beneficiários pela operadora vencedora do leilão	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “compulsória - leilão ou oferta pública (RDC 82/2001, RN 112/2005 e RN 145/2007)”
Operadora vencedora do leilão	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “compulsória - leilão ou oferta pública (RDC 82/2001, RN 112/2005 e RN 145/2007)”
Número do processo administrativo de leilão da carteira	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “compulsória - leilão ou oferta pública (RDC 82/2001, RN 112/2005 e RN 145/2007)”
Data de registro no cartório do instrumento de cessão da carteira	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “compulsória - instrumento particular de cessão (RDC 84/2001, RN 112/2005 e RN 145/2007)” ou “voluntária”
Transferência foi parcial ou total?	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “voluntária”; e “data de registro no cartório do instrumento de cessão da carteira” posterior a 27/09/2005
Produto transferido	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “voluntária”; e “data de registro no cartório do instrumento de cessão da carteira” posterior a 27/09/2005; e “transferência foi parcial ou total?” = “parcial”
Operadora cessionária	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “compulsória - instrumento particular de cessão (RDC 84/2001, RN 112/2005 e RN 145/2007)” ou “voluntária”
Número do processo administrativo de transferência de carteira	Obrigatório se “tipo de transferência de carteira” = “compulsória - Instrumento particular de cessão

	(RDC 84/2001, RN 112/2005 e RN 145/2007)” ou “voluntária”
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.18 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “acidente de trabalho”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório se tipo de contratação = individual ou familiar
Data de adesão do beneficiário identificado	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “titular” ou “outros”
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de contratação	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Adaptação do contrato para as coberturas da Lei 9.656, de 1998	Obrigatório se “data de adesão do beneficiário”, “data de adesão do beneficiário titular” ou “data de contratação” = anterior a 02/01/1999
Previsão específica na regra do produto de exclusão de cobertura dos procedimentos relacionado com acidente de trabalho ou suas conseqüências ou moléstia profissional	Obrigatório se “égide legal do produto” = “anterior à Lei nº 9.656, de 1998”
Previsão específica na regra do produto de cobertura dos procedimentos relacionado com acidente de trabalho ou suas conseqüências ou moléstia profissional	Obrigatório se “égide legal do produto” = “posterior à Lei nº 9.656, de 1998”
Código CID da doença ou lesão ocupacional	Obrigatório
Nexo causal entre o acidente de trabalho ou suas conseqüências ou moléstia profissional e o atendimento realizado pelo SUS	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.19 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “doença ou lesão preexistente”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Código CID da doença ou lesão preexistente	Obrigatório
Procedimento excluído pela doença ou lesão preexistente	Obrigatório. Informar todos os procedimentos excluídos.
Data de adesão do beneficiário identificado	Obrigatório
Produto	Obrigatório
Tipo de contratação do produto	Obrigatório
Tipo de vínculo do beneficiário	Obrigatório se “tipo de contratação” = “individual ou familiar”
Beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de adesão do beneficiário titular	Obrigatório se “tipo de vínculo do beneficiário” = “cônjuge”, “filho” ou “filha”
Data de contratação	Obrigatório se “tipo de contratação” = “coletivo empresarial” ou “coletivo por adesão”
Adaptação do contrato para as coberturas da Lei 9.656, de 1998	Obrigatório se “data de adesão do beneficiário”, “data de adesão do beneficiário titular” ou “data de contratação” anterior a 02/01/1999
Quantidade de beneficiários do contrato maior ou igual a 50 entre a data de adesão e a data de internação do beneficiário no SUS	Obrigatório se “égide legal do produto” = “posterior à Lei nº 9.656, de 1998”, e “tipo de contratação” = “coletivo empresarial ou coletivo por adesão”
Doença ou lesão preexistente consta na	Obrigatório se “égide legal do produto” = “posterior

declaração de saúde do beneficiário	à Lei nº 9.656, de 1998”,
Beneficiário optou por agravo, cobertura parcial temporária ou foi dispensado do cumprimento de cobertura parcial temporária sem agravo?	Obrigatório se “doença ou lesão preexistente consta da declaração de saúde do beneficiário” = “sim”
A operadora abriu processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado?	Obrigatório se “doença ou lesão preexistente consta da declaração de saúde do beneficiário” = “não”
Número do processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado	Obrigatório se “a operadora abriu processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado?” = “sim”
Há no processo administrativo decisão da qual não caiba mais recurso administrativo?	Obrigatório se “a operadora abriu processo administrativo para apurar fraude na declaração de saúde do beneficiário identificado?” = “sim”
Decisão final do processo administrativo foi favorável à rescisão unilateral por fraude?	Obrigatório se “há no processo administrativo decisão da qual não caiba mais recurso administrativo?” = “sim”
Data da ciência pelo beneficiário, ou da publicação no DOU, da decisão final do processo administrativo de fraude	Obrigatório se “decisão final do processo administrativo foi favorável à rescisão unilateral por fraude?” = “sim”
Forma como tomou conhecimento da doença ou lesão preexistente	Obrigatório se “égide legal do produto” = “anterior à Lei nº 9.656, de 1998”
Exclusão da cobertura do procedimento por doença ou lesão preexistente está limitada a prazo?	Obrigatório se “égide legal do produto” = “anterior à Lei nº 9.656, de 1998”
Prazo (em meses) de exclusão da cobertura do procedimento por doença ou lesão preexistente	Obrigatório se “exclusão da cobertura do procedimento por doença ou lesão preexistente está limitada a prazo?” = “Sim”
Há nexos causal entre a doença ou lesão preexistente e o procedimento realizado pelo SUS?	Obrigatório.
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.20 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “procedimento não realizado”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Procedimento não realizado	Obrigatório. Informar todos os procedimentos não realizados
Informações adicionais	Opcional

Tabela 4.21 – Informações adicionais para motivo de impugnação/recurso “outros motivos”

Campo	Obrigatoriedade de preenchimento e observações
Natureza da alegação	Obrigatório
Argumentação	Obrigatório
Informações adicionais	Opcional

ANEXO V
DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE IMPUGNAÇÕES E RECURSOS

Os exemplos de documentos comprobatórios devem ser consultados na Tabela 5.2, a partir dos tipos de informações declaradas na impugnação ou no recurso, conforme indicado na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 - Tipos de informações declaradas a serem comprovadas por motivo de impugnação ou recurso

Motivo de Impugnação ou Recurso	Tipos de informações declaradas a serem comprovadas
Atendimento já pago	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento de serviços de assistência à saúde.
Produto não cobre procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; e • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso.
Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; e • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde.
Franquia ou co-participação	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; e • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde.
Atendimento fora da abrangência geográfica do produto	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; e • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde.
Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o beneficiário ou seu responsável; e • Não utilização de serviço do SUS.
Beneficiário em carência	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso; • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do pai ou da mãe do beneficiário identificado, conforme o caso; • Regras do plano de assistência à saúde do pai da mãe do beneficiário identificado, conforme o caso; • Vínculo do pai ou da mãe do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde, conforme o caso; e • Quantidade de beneficiários vinculados ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde, conforme o caso.
Quantidade do procedimento não coberta pelo produto	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado;

	<ul style="list-style-type: none"> • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso; e • Utilização de serviços de assistência à saúde, conforme o caso.
Beneficiário excluído a pedido	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusão a pedido do beneficiário identificado ou do titular.
Beneficiário excluído por término da relação de vinculado	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Informações sobre o beneficiário identificado; • Informações sobre o titular.
Beneficiário excluído por extinção do vínculo empregatício	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde, conforme o caso; • Informações sobre a pessoa jurídica contratante; • Extinção do vínculo empregatício; e • Opção do beneficiário por não se manter em plano de assistência à saúde após extinção do vínculo empregatício, conforme o caso.
Beneficiário excluído por término do período de manutenção da condição de beneficiário	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso; • Informações sobre a pessoa jurídica contratante; • Vínculo empregatício; • Extinção do vínculo empregatício; e • Contribuição ou não do beneficiário a produto anterior.
Beneficiário excluído por óbito do beneficiário titular	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso; • Óbito do titular; e • Opção do beneficiário por não se manter em plano de assistência à saúde após extinção do vínculo empregatício, conforme o caso.
Óbito do beneficiário identificado	<ul style="list-style-type: none"> • Óbito do beneficiário identificado.
Beneficiário excluído por inadimplência	<ul style="list-style-type: none"> • Mensalidade não paga ou paga em atraso; • Notificação de inadimplência; • Rescisão unilateral ou suspensão da assistência pela OPS.

Beneficiário excluído por fraude	<ul style="list-style-type: none"> • Decisão em processo administrativo da ANS para apurar fraude em declaração de saúde, da qual não cabe mais recurso administrativo; • Ciência do beneficiário da decisão da ANS em processo administrativo de fraude em declaração de saúde; e • Rescisão unilateral pela OPS.
Beneficiário excluído por transferência de carteira	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Transferência de carteira.
Acidente de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso; • Acidente de trabalho ou suas conseqüências, ou moléstia profissional; e • Nexo causal entre o acidente de trabalho ou suas conseqüências, ou moléstia profissional, e o atendimento pelo SUS.
Doença ou lesão preexistente	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Regras do plano de assistência à saúde do beneficiário identificado; • Vínculo do beneficiário identificado ao plano de assistência à saúde; • Vínculo do titular ao plano de assistência à saúde do beneficiário identificado, conforme o caso; • Quantidade de beneficiários vinculados ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde, conforme o caso; • Doença ou lesão preexistente; • Nexo causal entre a doença ou lesão preexistente e o atendimento pelo SUS.
Procedimento não realizado	<ul style="list-style-type: none"> • Não utilização de serviço do SUS.

Tabela 5.2 – Exemplos de documentos comprobatórios por tipo de informação declarada

Tipo de informação declarada	Exemplos de documentos comprobatórios
Contratação/Regulamentação do plano de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato do plano de assistência à saúde; ou ▪ Adendo ao contrato do plano de assistência à saúde; ou ▪ Regulamento do plano de assistência à saúde; ou ▪ Termo de adaptação do plano de assistência à saúde às coberturas da Lei nº 9.656, de 1998; ou ▪ Declaração do contratante sobre o plano de assistência à saúde.
Regras do plano de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato do plano de assistência à saúde; ou ▪ Adendo ao contrato do plano de assistência à saúde; ou ▪ Regulamento do plano de assistência à saúde; ou ▪ Termo de adaptação do plano de assistência à saúde às coberturas da Lei nº 9.656, de 1998; ou ▪ Declaração do contratante sobre o plano de assistência à saúde.
Acidente de trabalho ou suas conseqüências, ou moléstia profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação de Acidente de Trabalho; ou ▪ AIH.
Nexo causal entre o acidente de trabalho ou suas conseqüências, ou moléstia profissional, e o	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório de médico auditor

atendimento pelo SUS	
Vínculo de beneficiário ao plano de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termo de adesão do beneficiário ao plano de assistência à saúde; ou ▪ Solicitação da pessoa jurídica contratante de inclusão do beneficiário no plano de assistência à saúde; ou ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável
Informações sobre o beneficiário ou seu responsável (data de nascimento, endereço, telefone etc)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termo de adesão do beneficiário ao plano de assistência à saúde; ou ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável.
Informações sobre a pessoa jurídica contratante (CNPJ, endereço, telefone etc)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato do plano de assistência à saúde; ou ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável.
Rescisão do contrato do plano de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termo de rescisão do contrato do plano de assistência à saúde; ou ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável.
Exclusão a pedido do beneficiário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitação do beneficiário de exclusão do beneficiário do plano de assistência à saúde; ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável.
Vínculo empregatício	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração do empregador; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado ou do titular; ou ▪ Contrato de trabalho; ou ▪ Carteira de trabalho e previdência social; ou ▪ Termo de posse de cargo público.
Extinção do vínculo empregatício	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração do ex-empregador; ou ▪ Declaração do beneficiário identificado, de cônjuge, filho ou responsável pelo beneficiário identificado; ou ▪ Anotação em Carteira de Trabalho e Previdência Social; ou ▪ Termo de rescisão de contrato de trabalho; ou ▪ Termo de pedido de demissão de emprego; ou ▪ Publicação em diário oficial de exoneração ou demissão de cargo público; ou ▪ Declaração de órgão ou entidade pública de exoneração ou demissão de cargo público; ou ▪ Declaração de aposentadoria pelo INSS; ou ▪ Carta do INSS de concessão de aposentadoria; ou ▪ Publicação em Diário Oficial. ▪ Atestado de óbito;
Óbito	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atestado de óbito; ou ▪ Declaração de cônjuge, filho ou responsável pelo beneficiário identificado; ou ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante.
Contribuição ou não do beneficiário a produto anterior	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentos referentes à contratação/regulamentação do plano anterior de assistência à saúde; ▪ Documentos referentes a regras do plano anterior de assistência à saúde; ▪ Documentos referentes ao vínculo de beneficiário ao plano anterior de assistência à saúde; ▪ Documentos referentes à rescisão do plano anterior de assistência à saúde.
Quantidade de beneficiários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nota fiscal do plano de assistência à saúde emitida em

vinculados ao contrato coletivo de plano de assistência à saúde	<p>nome da pessoa jurídica contratante com o detalhamento da quantidade de beneficiários no contrato coletivo; ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatura mensal do plano de assistência à saúde paga pela pessoa jurídica contratante com o detalhamento da quantidade de beneficiários no contrato coletivo, acompanhada de recibo de pagamento; ou ▪ Declaração da pessoa jurídica contratante.
Pagamento de serviços de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde; ou ▪ Fatura de serviços de assistência à saúde, acompanhada de recibo de pagamento de serviços de assistência à saúde; ou ▪ Relatório de utilização de serviços próprios de assistência à saúde.
Doença ou lesão preexistente – planos novos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração de saúde do beneficiário; ou ▪ Decisão em processo administrativo da ANS sobre doença ou lesão preexistente omitida em declaração de saúde do beneficiário.
Doença ou lesão preexistente – planos antigos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração de saúde do beneficiário; ou ▪ Relatório de utilização de serviços de assistência à saúde; ou ▪ AIH; ou ▪ APAC; ou ▪ Laudo de perícia de admissão no plano.
Decisão em processo administrativo da ANS para apurar fraude em declaração de saúde, da qual não cabe mais recurso administrativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decisão do Diretor da DIPRO ou da Diretoria Colegiada da ANS.
Ciência do beneficiário da decisão da ANS em processo administrativo de fraude em declaração de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Correspondência da ANS de notificação ao beneficiário da decisão do processo administrativo e aviso de recebimento da correspondência; ou ▪ Publicação no Diário Oficial da União de decisão de processo administrativo de fraude em declaração de saúde.
Nexo causal entre a doença ou lesão preexistente e o atendimento pelo SUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório de médico auditor.
Não utilização de serviço do SUS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração do beneficiário identificado ou de seu responsável de que o primeiro não utilizou o serviço do SUS; ou ▪ Relatório de médico auditor.
Notificação de inadimplência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carta ao beneficiário notificando-o da inadimplência e informando-o da possibilidade de rescisão unilateral do contrato do plano de assistência à saúde em caso de não quitação dos débitos e aviso de recebimento dessa carta.
Rescisão unilateral ou suspensão da assistência pela OPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carta ao beneficiário informando-o da rescisão unilateral ou suspensão do contrato do plano de assistência à saúde e aviso de recebimento da carta.
Utilização de serviços de assistência à saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde com detalhamento; ou ▪ Fatura de serviços de assistência à saúde com detalhamento e recibo de pagamento de serviços de assistência à saúde; ou ▪ Relatório de utilização de serviços de assistência à saúde; ou ▪ AIH; ou ▪ APAC.
Transferência de carteira	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicação no Diário Oficial da União de Comunicado de Autorização de Proposta em face de oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários da

	<p>operadora de planos de assistência à saúde; ou</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Instrumento de cessão de carteira registrado em cartório e publicação da comunicação de transferência da carteira em jornal de grande circulação e comprovação de envio e do recebimento de comunicação individual ao beneficiário de carteira transferida
Opção do beneficiário por não se manter em plano de assistência à saúde após extinção do vínculo empregatício	<ul style="list-style-type: none">▪ Termo de opção.
Mensalidade não paga ou paga em atraso	<ul style="list-style-type: none">▪ Relatório de posição financeira do beneficiário.

ANEXO VI-A
MODELO DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO

À
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Processo nº 33902...../.....-...

Prezado Diretor,

A operadora _____, por meio de seu representante infra-assinado, apresenta, em face da(s) identificação(ões) de atendimento(s) no SUS a beneficiário(s) de plano(s) privado(s) de assistência à saúde, bem como da(s) respectiva(s) cobrança(s) de ressarcimento ao SUS notificada(s) por meio do Ofício nº _____/_____/GG SUS/DIDES/ANS, a(s) IMPUGNAÇÃO(ÕES) AO RESSARCIMENTO AO SUS pelas razões de fato e de direito descritas no(s) formulário(s) em anexo, a serem comprovadas por meio do(s) documento(s) probatório(s) especificado(s).

Nestes termos, pede deferimento.

_____ de _____ de _____.

(assinatura digital)

ANEXO VI-B
MODELO DE PETIÇÃO DE RECURSO

À
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Agência Nacional de Saúde Suplementar

Processo nº 33902...../.....-...

Prezado Diretor,

A operadora _____, por meio de seu representante infra-assinado, apresenta, em face da decisão da(s) impugnação(ões) ao ressarcimento ao SUS notificada por meio do Ofício nº _____/_____/DIDES/ANS, RECURSO(S) À DIRETORIA COLEGIADA pelas razões de fato e de direito descritas no(s) formulário(s) em anexo.

Nestes termos, pede provimento.

_____ de _____ de _____.

(assinatura digital)

ANEXO VI-C
FORMULÁRIO DE IMPUGNAÇÃO/RECURSO

Operadora: _____
CNPJ: _____ **Reg. ANS:** _____
Processo n° _____

AIH/APAC n° _____ **Competência:** ____/____/____
Código do beneficiário: _____

Motivo de impugnação/recurso*:
Informação(ões) para análise**:

Documento(s) comprobatório(s)***:

Pedido(s)****:

_____ de _____ de _____.

(assinatura digital)

Orientações de preenchimento:

* Preencher com motivo descrito no Anexo III. Caso seja necessário incluir mais de um motivo de impugnação/recurso, deve ser preenchido um quadro com “motivo de impugnação/recurso”, “informação(ões) para análise”, “documento(s) comprobatório(s)” e “pedido(s)” para cada motivo.

** Preencher conforme Anexo IV.

*** Preencher conforme anexo V.

**** Preencher conforme inciso III, do artigo 23.