



**PROCESSO Nº: 33910.030767/2018-97**

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS Nº: 1/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES**

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2019.

1. **INTRODUÇÃO**

1. A presente Nota propõe-se a demonstrar que foram observadas todas as formalidades previstas para a apresentação de proposta de alteração normativa previstas nas normas da ANS, bem como nos guias que indicam as melhores práticas a serem adotadas na regulação setorial.

2. As minutas em análise propõem-se a regulamentar o tema da Contratualização, em substituição a RN 363/14, bem como o rito processual adotado pela DIDES para o tratamento de demandas recebidas, em substituição a IN 62/16/DIDES.

3. Inicialmente, com vistas ao disposto na RA 49/12, informe-se que a Nota Técnica de Análise de Impacto Regulatório encontra-se juntada ao processo conforme documento SEI nº , mas de forma a tornar mais simples a visualização da proposta, insere-se a seguir, o Sumário Executivo de Impacto Regulatório:

2. **SUMÁRIO EXECUTIVO DE IMPACTO REGULATÓRIO**

4. **TEMA:** Contratualização entre Operadoras de Planos de Saúde e Prestadores de Serviço de Saúde.

5. **DIRETORIA:** DIDES

6. **GERÊNCIA:** GASNT

7. **EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL:** COCTT

8. **1 - QUAL O PROBLEMA A SER RESOLVIDO?**

9. A contratualização entre operadoras e prestadores é o ponto de partida para o relacionamento das partes. Quando esse relacionamento mostra-se tencionado deve-se observar atentamente os motivos da tensão.

10. Diversas são as causas que levam aos conflitos entre prestadores de serviço e operadoras e, levando-se em conta as atribuições regimentais da DIDES a análise focou-se na relação contratual entre as partes e nos problemas decorrentes da forma como as mesmas estão regulamentadas na atualidade.

11. Paralelamente, constatou-se que a ausência de comunicação entre as partes e a incerteza acerca de certas questões geradoras de conflito também demandariam uma ação específica desta Agência.

## 12. **2 – QUAIS GRUPOS SÃO POTENCIALMENTE AFETADOS PELO PROBLEMA? IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE CUSTOS E DEFINIÇÃO DOS MECANISMOS DE CONSULTA.**

13. Preliminarmente foram verificados que potencialmente haveria risco de grande impacto pela elaboração de normativo novo para tratar da contratualização, uma vez que, historicamente, sempre se exigiu a adaptação dos contratos firmados entre operadoras e prestadores aos novos normativos previstos.

14. Esse impacto seria mais sentido pelas operadoras de planos de saúde, mas também impactaria de forma relevante os prestadores que teriam que negociar novos contratos.

15. A ANS será afetada pela alteração dos fluxos de fiscalização bem como pela necessidade de adaptação desta fiscalização às novas regras. Os beneficiários, por sua vez, tenderiam a estar mais expostos, ao menos em um primeiro momento, em razão de um ambiente menos acomodado.

16. Nesse sentido foram propostas diversas medidas para mitigar os impactos do normativo proposto, como a não obrigatoriedade de adaptação dos contratos já firmados ao novo normativo, a utilização, quando possível, de estrutura já existente para implementação de novas estruturas, bem como uma ampliação da transparência ativa da ANS.

17. Em relação à ANS os custos são bem reduzidos e restritos a necessidade de adaptação de sistemas que serão feitos naturalmente, com a implantação do módulo externo do SEI e e-Protocolo. Essencialmente a alteração proposta é a digitalização de fluxos que passarão a se valer da ferramenta a ser oferecida pelo SEI em lugar do PTA (Programa de Transmissão de Arquivos).

18. A proposta ainda traz economia de insumos para a ANS, reduzindo a quantidade de ofícios encaminhados através de correio, que demandam impressão, bem como custo de postagem e com os necessários Avisos de Recebimento (AR), conforme descrito na Nota.

## 19. **3 – QUAIS SÃO OS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS?**

20. Busca-se com as medidas propostas a continuidade dos ganhos obtidos com a regulamentação da Lei 13.003/14. Se naquele momento entendia-se que o principal foco era na busca pela formalização da relação entre as partes, a leitura atual demonstra que o mercado já se encontra em um momento posterior, em que o cumprimento do avençado é o principal objetivo a ser buscado.

21. Assim, o principal objetivo da ANS ao propor as presentes medidas é a redução da litigiosidade no relacionamento entre operadoras e prestadores, de forma a garantir que os beneficiários de planos de saúde não venham a ser prejudicados por desacordos comerciais.

## 22. **4 – QUAIS OPÇÕES EXISTENTES PARA RESOLVER O PROBLEMA?**

23. Os principais problemas foram apresentados em tópicos na Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores – CATEC, conforme Notas Técnicas nº 1/DIDES (Doc SEI nº 13365363) e 18/GASNT (Doc SEI nº 8911869) e as alternativas foram discutidas durante 5 reuniões, ocorridas em 30/10/2018, 20/12/2018, 07/02/2019, 21/03/2019 e 05/06/2019.

24. Para todos os temas foram colocadas opções dentre as quais constavam sempre a opção da inércia regulatória, bem como a alteração de norma. Diversas opções foram pontuadas em seus respectivos tópicos e foram adotadas ou descartadas conforme disposto na Nota de Impacto Regulatório.
25. De forma sucinta foram propostas as seguintes opções:
26. Inercial;
27. Normativa;
28. Utilização de dados e informação para empoderamento das partes;
29. Fomento aos métodos alternativos de solução de conflitos;
30. Intermediação, pela ANS, dos conflitos surgidos entre as partes;
31. Intervenção da ANS sobre o conteúdo dos contratos entre outras.

32. **5 – QUAL DAS OPÇÕES ELENCADAS ACIMA É A MAIS EFICIENTE PARA RESOLVER O PROBLEMA?**

33. As opções que buscam a adequação/atualização dos normativos propostos foi escolhida em relação aos problemas advindos das questões contratuais existentes, bem como para adaptação dos fluxos processuais adotados pela DIDES, de forma a priorizar a auto composição dos litígios. Conjuntamente, uma série de medidas estão sendo propostas e encaminhadas pela ANS, como a Intermediação entre as partes, divulgação de informações oriundas do Padrão TISS, sempre com o enfoque de viabilizar a instituição e manutenção do diálogo.

34. A ANS entende que não possui atribuição legal para intervir de forma direta na negociação dos contratos, referente aos seus termos, por ser uma intervenção drástica na relação privada das partes, não justificável pela mera previsão da necessidade de observância da Função Social do Contrato considerando-se a existência de medidas menos drásticas para atacar os problemas levantados.

35. O Foco dado é na instrumentalização do relacionamento de forma a tornar mais plausível a auto composição dos litígios, seja pelo aumento de diálogo, seja pela simplificação da leitura das obrigações previstas às partes, facilitando a interveniência de um terceiro na composição do litígio.

3. **DOS REQUISITOS DA EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

36. Todas as propostas trazidas para esta Diretoria Colegiada estão calcadas nas atribuições legais da ANS, bem como nas atribuições regimentais da DIDES e GASNT.

37. Neste sentido transcrevem-se trechos da Lei 9.961/00 e 9.656/98:

38. Lei 9.961/00:

*Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.*

*Art. 4º Compete à ANS:*

*(...)*

*II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;*

## 39. Lei 9.656/98:

*“Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.*

*§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.*

*§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:*

*I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;*

*II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;*

*III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;*

*IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;*

*V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.*

*§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.*

*§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.*

*§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.*

*§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.”*

## 40. Ainda, as propostas guardam temática relacionada às atribuições desta Diretoria, conforme observa-se nas disposições da Resolução Regimental nº 1, de 17 de março de 2017 e seu anexo relacionado à DIDES:

*Art. 8º À Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES compete:*

*I - exercer as atribuições referentes a integração e disseminação de informações setoriais, **relacionamento entre prestadores de serviços de saúde e operadoras**, ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS, bem como a melhoria do desempenho das operadoras e incentivo à qualidade na Saúde Suplementar;(grifo nosso)*

*(...)*

*XXI - instaurar e instruir os processos administrativos para apuração de indícios de infrações às disposições legais ou infra legais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar cujo monitoramento, análise ou solicitação sejam relacionados às suas competências;*

*Anexo III - Art. 5º À Gerência de Análise Setorial e Contratualização com Prestadores – GASNT - compete:*

*I - **estabelecer as características gerais dos contratos escritos firmados entre operadoras e prestadores de serviços de atenção à saúde**; (grifo nosso)*

*(...)*

IV – auxiliar à DIRAD na instauração e instrução dos processos administrativos para apuração de indícios de infrações às disposições legais ou infra legais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar cujo monitoramento, análise ou solicitação sejam relacionados às competências da DIDES.

41. Destaca-se que o processo de representação continuará regido pelas disposições da Resolução Normativa nº 388, de 25 de novembro de 2015, sem qualquer tipo de alteração:

*Art. 25. Identificados, por qualquer dos **órgãos da ANS, indícios suficientes de infração às disposições legais ou infra legais disciplinadoras do mercado de saúde suplementar de sua competência, o órgão técnico competente** deverá observar o seguinte rito:*

*(...)*

*§ 2º. O procedimento administrativo de que trata este artigo poderá ser instaurado para apurar um ou mais **indícios de infração, cujo monitoramento, análise ou solicitação sejam de responsabilidade da mesma Diretoria.** (...) (grifo nosso)*

42. Justificada a atribuição legal da ANS e desta Diretoria em tratar o tema da Contratualização entre operadoras e prestadores de serviço, remete-se à Nota Técnica nº 7/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES (14628353) quanto aos motivos que demonstram a conveniência e oportunidade de tal alteração.

43. Neste sentido a presente proposta apresenta uma Resolução Normativa que irá substituir a RN 363/14, que será revogada, bem como uma Instrução Normativa que visa substituir a IN 62/DIDES que regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES.

44. Reforce-se que a presente proposta não gera despesas para a ANS e os Impactos de TI serão absorvidos pela adequação dos sistemas da ANS à nova funcionalidade do SEI externo, bem como do e-Protocolo, com o trabalho já em andamento com o auxílio da DIGES.

Documentação prevista da RA 49/2012	Cumprimento
Sumário Executivo de Impacto Regulatório	Contemplado na presente Nota (Sessão II) em complemento ao AIR previsto no processo, em especial na Nota Técnica nº 7/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES

<b>Documentação prevista da RA 49/2012</b>	<b>Cumprimento</b>
Exposição de Motivos	Contemplado na presente Nota em complemento ao AIR previsto no processo, em especial na Nota Técnica nº 7/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES
Minuta do ato normativo proposto	Em anexo a esta Nota
Justificativa e fundamentação da edição do ato normativo, de tal forma que possibilite a sua utilização como defesa em eventual arguição de ilegalidade ou inconstitucionalidade	Contemplado na presente Nota (Sessão II) em complemento ao AIR previsto no processo, em especial na Nota Técnica nº 7/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES
Explicitação da razão de o ato proposto ser o melhor instrumento normativo para disciplinar a matéria	Contemplado na presente Nota (Sessão II) em complemento ao AIR previsto no processo, em especial na Nota Técnica nº 7/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES
Apontamento das normas legais e infralegais relacionadas com a matéria do ato normativo;	Contemplado na presente Nota (Sessão III) em complemento ao AIR previsto no processo.

<b>Documentação prevista da RA 49/2012</b>	<b>Cumprimento</b>
Apontamento das normas afetadas ou revogadas pela proposição;	Contemplado na presente Nota (Sessão III) em complemento ao AIR previsto no processo.
Apresentação de quadro comparativo entre o texto atual e o texto proposto da minuta quando se tratar de alteração ou revogação de ato normativo existente;	Contemplado na presente Nota (Sessão IV) em complemento ao AIR previsto no processo.
Indicação de que não há aumento de despesas nas hipóteses de transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da ANS, conforme disposto no artigo 14 da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, a ser confirmada pelo órgão competente integrante da estrutura da ANS;	Não há aumento de despesas decorrentes da transformação ou qualquer tipo de redistribuição de cargos comissionados e comissionados técnicos da ANS
Indicação da existência de prévia dotação orçamentária, quando a proposta demandar despesas;	A proposta não prevê despesas necessárias de prévia dotação.
Indicação da existência de impacto em sistemas de informação no âmbito da ANS;	Contemplado na presente Nota em complemento ao AIR previsto no processo, em especial na Nota Técnica nº 7/2019/GASNT/DIRAD-DIDES/DIDES

<b>Documentação prevista da RA 49/2012</b>	<b>Cumprimento</b>
Indicação acerca da urgência para publicação, quando for o caso	Não há indicação de urgência

4. **DO QUADRO COMPARATIVO**

45. Diante da proposta de alteração normativa apresenta-se o presente quadro comparativo entre as normas vigente e propostas:

<b>RN 363</b>	<b>PROPOSTA</b>	<b>ALTERAÇÕES</b>
<i>Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.</i>		
A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da <a href="#">Lei nº 9.961</a> , de 28 de janeiro de 2000; e os arts. 17-A e 18 da <a href="#">Lei nº 9.656</a> , de 3 de junho de 1998, alterada pela <a href="#">Lei nº 13.003</a> , de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.		
<b>CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES</b>	<b>CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES</b>	



PRELIMINARES	PRELIMINARES	
<p>Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.</p>	<p>Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.</p> <p>Parágrafo único: As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador, doravante denominados contratualização.</p>	<p>Definição acerca de Contratualização trazida para o parágrafo único do artigo primeiro. Encontrava-se, antes, no art. 3º.</p>
<p>Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:</p> <p>I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e</p> <p>II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.</p>	<p>Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:</p> <p>I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde;</p> <p>II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados;</p> <p>III – Plano ou Produto: Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por</p>	<p>Conceito para o termo “Plano ou Produto”, sendo este retirado do Glossário da Saúde Suplementar</p>

prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora devidamente registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 3º. As estipulações contratuais entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde são regidas pela autonomia das vontades, condicionada às regras dispostas nessa RN.

Parágrafo único. Os princípios basilares do Direito Contratual devem ser observados nas celebrações dos contratos regidos por esta norma, em especial os seguintes:

I - Função Social do Contrato;

II - Interpretação Mais Favorável ao Aderente, em hipóteses de cláusulas ambíguas ou contraditórias de contrato de adesão; e

III - Boa-fé objetiva e seus deveres anexos ou laterais, dentre os quais:

- a) Informação;
- b) Cooperação; e
- c) Colaboração.

Inserção dos Princípios do Direito Contratual, que servirão de norte ao interprete/aplicador da norma

<b>CAPÍTULO II DOS CONTRATOS ESCRITOS</b>		
<p>Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.</p>		Movido para o Parágrafo único do art. 1º.
<p>Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:</p> <p>I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;</p> <p>II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;</p> <p>III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;</p> <p>IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e</p>		Retirada do artigo. Apenas repetia o texto legal, tornando o texto normativo prolixo

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na [Lei nº 9.656](#), de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;

II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

III - exigir exclusividade na relação contratual;

IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;

As vedações foram transferidas para as seções

<p>VI - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;</p> <p>VII - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e</p> <p>VIII - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.</p> <p>Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.</p>	<p>Art. 4º. As cláusulas contratuais não podem conter qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde, conforme definido pelos respectivos Conselhos Profissionais nos casos que foram submetidos às suas apreciações.</p>	<p>específicas, conforme o caso. Manteve-se em destaque a vedação da previsão de cláusulas que infrinjam o código de ética profissional</p>
<p>Art. 6º Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.</p>	<p>Art. 13 Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.</p>	<p>Movido para o Capítulo II, seção III, Subseção II.</p>
<p>Art. 7º O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de prestação de serviço do Prestador.</p>		<p>Deve-se seguir a regra prevista no Código de Processo Civil Brasileiro</p>
	<p><b>Seção I</b></p> <p><b>Da Qualificação das Partes</b></p>	<p>Seção acrescida ao normativo</p>
	<p>Art. 5º. Nos contratos de que trata esta</p>	<p>Seção acrescida ao normativo,</p>

norma, a operadora de planos privados de assistência à saúde deve ser qualificada com os seguintes dados:

I - nome empresarial;

II – número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

III – número de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar; e

IV – número de registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso.

Art. 6º. O prestador de serviço deve estar identificado pelos seguintes dados:

I – nome empresarial;

II – número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF ou CNPJ;

III – número de registro no Conselho Profissional respectivo; e

IV – número de inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

para aumentar o grau de clareza dos contratos.

**Seção I**  
**Do Objeto, Natureza do Contrato e**  
**Descrição dos Serviços Contratados**

**Seção II**  
**Do Objeto, Natureza do Contrato**  
**e Descrição dos Serviços**  
**Contratados**

Movido para seção II

<p>Art. 8º O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluído o regime de atendimento e os serviços contratados. Parágrafo único. Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.</p>	<p>Art. 7º. O objeto e a natureza devem ser expressos nos contratos de que tratam esta norma, incluindo o seguinte:</p> <p>I - o regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou estabelecimento de saúde;</p> <p>II – as especialidades e/ou serviços contratados.</p> <p>III – os plano(s)/produto(s) para os quais o serviço será prestado, com identificação do número de registro na ANS, além do(s) contrato(s) para o(s) qual(is) cada serviço será prestado.</p>	<p>Inclusão de obrigação para tornar os contratos mais claros</p>
<p>Art. 9º Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.</p>	<p>Art. 8º Os serviços contratualizados devem estar descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.</p> <p>§1º A descrição dos serviços deve incluir o código dos termos constante na TUSS de procedimentos e eventos em saúde; medicamentos; materiais, órteses, próteses e materiais especiais e diárias, taxas e gases medicinais.</p> <p>§2º. A utilização de código TUSS correspondente ao agrupamento de procedimentos não afasta a obrigatoriedade de estabelecer na contratualização o código individualizado de todos os procedimentos nele inclusos.</p>	<p>Tornar a previsão mais clara quanto a possibilidade de contratação de outras formas de remuneração que não fee for service, além do deslocamento de obrigação antes prevista no art.8º, parágrafo único</p>

	§ 3º Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos e de planos ou produtos durante a vigência do contrato, descrevendo a rotina para solicitar e implementar as alterações de procedimentos e de planos contratados.	
Art. 10. Deve haver previsão expressa que é vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira	Art. 10. Deve haver previsão expressa acerca da vedação à exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.	Deslocada de Seção.
<b>Seção II</b> <b>Da Definição dos Valores dos Serviços Contratados, dos Critérios, da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste e dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados</b>	<b>Seção III</b> <b>Da Definição dos Valores dos Serviços Contratualizados, dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados</b>	
	<b>Subseção I</b> <b>Dos Valores</b>	Criação de Subseções



<p>Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.</p>	<p>Art. 9º Os valores dos serviços contratualizados devem ser expressos de forma clara e objetiva, em moeda corrente.</p> <p>§1º. A composição da remuneração deverá considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.</p> <p>§2º. É livre às partes a definição dos atributos e sua respectiva influência nos valores de remuneração contratualizados, devendo, no caso das operadoras, estarem atrelados à sua política de remuneração e reajuste voltada ao incremento da qualidade na prestação dos serviços de saúde aos seus beneficiários.</p> <p>§ 2º Em caso de utilização de tabela de referência para definição dos valores dos procedimentos e serviços contratualizados, esta deve estar devidamente identificada no contrato, ao qual será considerada parte integrante, devendo ser disponibilizada às partes desde sua celebração e também da seguinte forma:</p> <p>I - registro em cartório ou outros meios de divulgação da tabela, dentre os seguintes:</p> <p>acesso à tabela no sítio da operadora na internet; e</p> <p>disponibilização da tabela na sede da contratante para consulta da contratada.</p>	<p>Incorporação do previsto no antigo artigo 12, tornando, ainda, mais claras as previsões em relação a utilização de tabelas antes prevista apenas de forma genérica no caput do art. 11</p>
--	--	---

II - os meios de esclarecimento sobre a tabela, indicando os canais de atendimento;

III - constar do contrato ao menos uma tabela demonstrativa, com os valores dos procedimentos mais utilizados.

**Subseção II**

**Dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados**

Art. 11. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, de forma a estabelecer, no mínimo, os seguintes dispositivos:

I – os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

II - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;

III - prazos para contestação da glosa; para resposta da operadora; para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e prazo máximo para aplicação da glosa.

§1º. O prazo acordado para contestação ou recurso da glosa deve ser igual ao prazo

Realocação dos antigos arts. 14, 15, detalhando melhor as obrigações a serem previstas nas cláusulas contratuais referentes ao faturamento, pagamento e glosas.

acordado para a respectiva resposta da operadora.

§2º. A correção monetária dos valores pagos após os prazos previstos para pagamento, com ou sem ocorrência de glosa, deve estar previsto na contratualização.

§3º O contrato deve prever que a rejeição total ou parcial e o consequente cancelamento de valores ou parcelas de uma conta ou faturamento devida à aplicação de glosa pela operadora ocorrerá mediante envio do correspondente código do motivo de glosa ao prestador, conforme estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

§4º Deve estar expresso em contrato que o profissional auditor da operadora responsável pela análise e aplicação de glosas técnicas seja reconhecido pelo respectivo Conselho Profissional, para fins de validade da glosa.

Art. 12. Fica vedado estabelecer regras que impeçam:

I – o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa e às justificativas das glosas e sua contestação;

II - o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;

III - o pagamento imediato de valores de procedimentos não contestados em glosas

parciais.

Parágrafo único. É vedado glosar o pagamento de procedimentos previamente autorizados pela operadora e efetivamente realizados pelo prestador, desde que não tenham sido faturados a maior e/ou não haja erro no envio das informações ou falta de documentação adequada conforme a rotina de apresentação e constestação das contas contratualizadas entre as partes.

**Seção IV**

**Dos Critérios,  
da Forma e da Periodicidade do  
seu Reajuste**

**Do Reajuste**

Art. 12. A remuneração e os critérios de reajuste dos serviços contratados devem ser expressos de modo claro e objetivo. ([Alterado pela RN nº 436, de 28/11/2018](#))

§ 1º A composição da remuneração e os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na [Lei nº 9.656](#), de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor. ([Alterado pela RN nº 436, de 28/11/2018](#))

Art. 15. Durante a vigência do contrato, o reajuste deve ser aplicado anualmente, na data de seu aniversário.

§1º. Os critérios de reajuste deverão considerar atributos de qualidade e desempenho da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§2º. É livre às partes a definição dos atributos e sua respectiva influência nos critérios de reajuste contratualizados,

Inversão da lógica existente, com a livre negociação sendo admitida, porém priorizando-se a existência de previsão prévia e claramente posta sobre forma e critérios de reajuste

<p>§ 2º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.</p> <p>§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano;</p>	<p>devendo, no caso das operadoras, estarem atrelados à sua política de remuneração e reajuste voltada ao incremento da qualidade na prestação dos serviços de saúde aos seus beneficiários.</p> <p>§ 3º Caso o contrato não preveja data ou prazo para a aplicação do reajuste, este deverá ocorrer até o 90º (nonagésimo) dia do ano corrente.</p> <p>§ 4º A concessão do reajuste anual deve ocorrer independentemente da provocação das partes, na forma previamente prevista e estabelecida no contrato firmado entre as partes. (melhorar redação)</p> <p>§5º. Na hipótese do contrato não prever clara e objetivamente o critério sobre o qual o reajuste deve ser aplicado, aplicar-se-á o índice definido pela ANS.</p>
	<p>Art. 16. Os critérios de reajuste dos serviços contratualizados devem ser expressos de modo claro e objetivo.</p> <p>§1º A cláusula de reajuste deve conter todas as informações necessárias para que o contratado possa calcular o quanto receberá de reajuste e ser passível de auditoria pelas partes.</p> <p>§2º A cláusula de reajuste pode se dar por meio de índice vigente de conhecimento público, percentual pré-fixado, valor nominal em moeda corrente ou outro critério de cálculo acordado entre contratante e contratado.</p>

§3º A cláusula de reajuste deve conter:

I - a definição dos parâmetros e variáveis utilizadas para o cálculo; ou

II - apresentar, conforme o caso, fórmula, juntamente com as descrições de seus componentes, tais como: múltiplo de reajuste, unidade de reajuste, textos explicativos a respeito do modo de efetivação do cálculo.

Art. 17. As informações contratuais dispostas no art. 16 podem não estar previamente previstas, sendo substituídas pelo método da livre negociação anual, desde que haja as seguintes previsões contratuais:

I - prazo de negociação prévia à aplicação do reajuste , que deve se iniciar até 90 dias da data prevista no contrato para aplicação do reajuste;

II – meio de demonstração da efetiva da ocorrência de negociação e o respectivo aceite de ambos;

III – os efeitos nos casos de frustração da negociação, que podem ser:

utilização de um índice específico, expresso na contratualização, com aplicação automática no aniversário do mesmo; ou

incidência do índice estabelecido pela ANS.

	<p>Art. 18. É vedado estabelecer forma, critério, cálculo, índice ou qualquer outro modo de reajuste que:</p> <p>I - mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado;</p> <p>II – vincule as despesas assistenciais da operadora e o total das receitas obtidas com operação de planos de saúde, especificamente a contraprestação pecuniária dos beneficiários (contraprestações efetivas).</p>	<p>Inversão da lógica existente, com a livre negociação sendo admitida a mesma, porém priorizando-se a existência de previsão prévia e claramente posta sobre forma e critérios de reajuste</p>
	<p>Art. 19. A renegociação dos valores contratualizados, bem como mudança dos modelos de remuneração não se caracterizam como reajuste para os efeitos dessa RN, desde que devidamente instrumentalizados em novo contrato ou em aditivo ao contrato vigente.</p>	<p>Nova previsão para deixar clara situação que ainda gera controvérsia, conforme constatada em discussões da CATEC.</p>
<p>Art. 13. Os prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos.</p>		<p>Movido para a Seção III, Subseção II</p>
<p>Art. 14. A rotina de auditoria administrativa e técnica deve ser expressa, inclusive quanto a:</p> <p>I - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;</p>		<p>Movido para a Seção III, Subseção II</p>

<p>II - prazos para contestação da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada; e</p> <p>III - conformidade com a legislação específica dos conselhos profissionais sobre o exercício da função de auditor.</p> <p>Parágrafo único. O prazo acordado para contestação da glosa deve ser igual ao prazo acordado para resposta da operadora.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Seção III</b> <b>Da Identificação dos Atos, Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de Autorização da Operadora</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Seção III</b> <b>Da Identificação dos Atos, Eventos e Procedimentos Assistenciais que Necessitem de Autorização da Operadora</b></p>	
<p>Art. 15. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto a:</p> <p>I - rotina operacional para autorização;</p> <p>II - responsabilidade das partes na rotina operacional; e</p> <p>III - prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.</p>	<p>Art. 14. Os atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora devem ser expressos, inclusive quanto:</p> <p>I – à rotina operacional para autorização;</p> <p>II – à responsabilidade das partes na rotina operacional; e</p> <p>III – ao prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada conforme padrão TISS.</p>	<p>Movido para a Seção III, Subseção I.</p>



<p style="text-align: center;"><b>Seção IV</b> <b>Da Vigência do Contrato e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Seção IV</b> <b>Da Vigência Contratualizada e dos Critérios e Procedimentos para Prorrogação, Renovação e Rescisão</b></p>	
<p>Art. 16. O prazo de vigência, os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão do contrato devem ser expressos, inclusive quanto à:</p> <p>I - prazo para notificação de rescisão ou não renovação contratual, bem como de suas eventuais exceções;</p> <p>II - obrigação de identificação formal pelo Prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional, sem prejuízo do disposto no §2º do art. 17 da <a href="#">Lei 9.656</a>, de 3 de junho de 1998;</p> <p>III - obrigação de comunicação formal pelo Prestador aos pacientes que se enquadrem no inciso II deste artigo.</p>	<p>Art. 20. O contrato deve conter cláusula de vigência expressa, definindo-o como por prazo determinado ou indeterminado.</p>	<p>Reformulação da Seção que trata da Prorrogação, Renovação e Rescisão, tornando mais claras as regras para cada hipótese.</p>

Art. 21. Os contratos por prazo determinado devem conter expressa previsão acerca da possibilidade renovação, bem como se está ocorrerá automaticamente ou apenas a partir de prévia manifestação de uma das partes.

§1º. Na hipótese do contrato prever renovação automática, deve haver cláusula expressa determinando o prazo em que a manifestação prévia informando sobre o interesse de não renovar deve ocorrer, que deve ser comum a ambas as partes.

§2º.. Na hipótese do contrato por prazo determinado com previsão de renovação automática não prever o prazo a que se refere o §1º deste artigo, aplicar-se-á o prazo de, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência.

§3º. No caso em que o contrato por prazo determinado não prever renovação automática, estando condicionada à prévia manifestação de uma das partes, o contrato deve prever em que prazo antecedente esta manifestação deve ocorrer, o qual não pode ser inferior a 30 (trinta) dias.

Art. 22 Os contratos a que se referem esta norma devem conter cláusula expressa prevendo a possibilidade de rescisão a qualquer tempo, as hipóteses em que esta pode ocorrer e qual o prazo de antecedência mínimo a ser observado por qualquer das partes para manifestação acerca da rescisão.

Art. 23. Em contratualizações firmadas por período indeterminado, considera-se o vínculo vigente enquanto não houver manifestação em contrário das partes.

Parágrafo único. Na hipótese do caput deste artigo, o prazo para manifestação da intenção de rescindir a contratualização deve estar expresso e não poderá ser inferior ao disposto no art. 17, da Lei 9.656/98, que trata do prazo para informar uma substituição aos beneficiários da operadora.

Art. 24. As cláusulas que dispuserem sobre as hipóteses de rescisão do contrato devem prever as eventuais e correspondentes compensações devidas a cada uma das partes, que devem ser proporcionais, limitadas e equivalentes às obrigações das partes no próprio contrato, incluindo o cumprimento de obrigações remanescentes até seu exaurimento.

**Seção V**  
**Das Penalidades pelo não**  
**Cumprimento das Obrigações**  
**Estabelecidas**

**Seção V**  
**Das Penalidades pelo não**  
**Cumprimento das Obrigações**  
**Estabelecidas**

Art. 17. As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas para ambas as partes devem ser expressas.

Art. 25. O descumprimento de toda e qualquer obrigação contratual prevista em observância ao disposto no capítulo II deve corresponder a uma direta, imediata e específica penalidade prevista no próprio contrato firmado entre as partes.

Parágrafo único. As cláusulas penais, que terão carácter não substitutivo da obrigação principal, devem ser equivalentes e proporcionais ao valor do contrato e/ou ao dano que o descumprimento causar a outra parte.

#### **CAPÍTULO IV DA SOLUÇÃO DE CONTROVÉRSIAS**

Inserção de capítulo voltado a solução de controvérsias, tratando de estrutura interna da operadora, bem como a utilização de métodos alternativos, externos a estrutura das partes e a questões regulatórias específicas.

Art. 26. O contrato deverá prever um canal de comunicação, instalado na estrutura da Operadora, voltado a promover a interação entre o prestador e a operadora de modo adequado, consensual e eficaz, a fim de dirimir eventuais controvérsias decorrentes da relação de prestação de serviços firmada entre as partes por meio da autocomposição.

§1º A existência do canal previsto no caput não afasta a possibilidade de utilização do canal disponibilizado pela ANS para registro de demandas decorrentes da relação entre operadoras e prestadores, não obstante, para acesso a este, deva ser comprovada a tentativa

prévia de solução do conflito entre as partes.

§ 2º Nas demandas tratadas no canal a que se refere o caput deste artigo, deverá ser fornecido registro pela operadora ao prestador protocolo de atendimento.

Art. 27. É livre às partes convencionar método alternativo de solução de controvérsias para resolução de conflitos surgidos na vigência da contratualização firmada, de preferência previsto no próprio contrato.

Parágrafo único. São passíveis de acordo todas as obrigações que correspondam a direitos patrimoniais disponíveis das partes, sendo vedado acordos dispendo sobre direitos de beneficiários de planos de saúde e obrigações assumidas em razão destes.

Art. 28. A ANS instituirá programa voltado ao estabelecimento de critérios e incentivos para a utilização de métodos alternativos de solução de conflitos, de forma a melhor adequá-los ao setor de Saúde Suplementar.

Art. 29. A ANS estabelecerá indicador para aferir o a aderência das operadoras aos métodos alternativos de solução de controvérsia, inclusive com o

estabelecimento de incentivo regulatório para operadoras bem avaliadas.

**CAPÍTULO V  
DA CÂMARA TÉCNICA PARA  
REGULAMENTAÇÃO DA LEI  
13.003/14**

Inclusão de capítulo acerca da Câmara Técnica específica, prevista em Lei, para regulamentação da Lei 13.003/14, sendo um ambiente permanente de debate entre as partes.

Art. 30. Considera-se regulamentação da Lei todo o processo normativo com vistas ao estabelecimento de regras que garantam o cumprimento da Lei, incluindo processos de revisão e análise dos resultados obtidos.

Art. 31. De acordo com a previsão contida na Lei nº 13.000, de 2014, a fim de manter o contínuo aprimoramento da regulação acerca do relacionamento entre operadoras e prestadores, a CATEC – Câmara Técnica de Contratualização e Relacionamento com Prestadores passará a funcionar como órgão consultivo permanente, cujo funcionamento será definido em regimento interno editado, por portaria, pelo órgão regimentalmente competente na estrutura da ANS para conduzir o processo regulatório sobre a matéria.

§ 1º A composição da CATEC terá representação proporcional às partes interessadas no processo..

	§ 2º Por representação proporcional entende-se a garantia de representantes de cada seguimento de operadoras de planos privados de assistência à saúde e de prestadores de serviços de saúde.	
	Art. 32. Compete ao órgão regimentalmente competente na estrutura da ANS para conduzir o processo regulatório sobre a matéria presidir e coordenar a CATEC, bem como estabelecer, por meio de Portaria, as entidades que a comporão.	
<b>CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS</b>		
Art. 18 Excepcionalmente no primeiro ano de vigência desta Resolução, os contratos com data de aniversário que compreenda os primeiros noventa dias, contados a partir de 1º de janeiro, o valor do reajuste será proporcionalmente estabelecido considerando este período.		Excluída por não ser mais aplicável
<b>CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</b>	<b>CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS</b>	

<p>Art. 19. A operadora deve garantir o atendimento dos pacientes identificados na forma do inciso II, do art. 16, em Prestadores que possuam os recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência, respeitados os prazos estabelecidos na RN nº 259, de 17 de junho de 2011.</p>		<p>Previsão não replicada por ser inerente ao serviço prestado pelas operadoras aos beneficiários, não sendo objeto para a norma de contratualização.</p>
<p>Art. 20. O disposto nesta Resolução não se aplica a:</p> <p>I - relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual está associado;</p> <p>II - profissionais de saúde com vínculo empregatício com as operadoras;</p> <p>III - administradoras de benefícios.</p>	<p>Art. 36. O disposto nesta Resolução não se aplica:</p> <p>I – à relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual é cooperado;</p> <p>II – aos profissionais de saúde que possuam vínculo empregatício com operadoras;</p> <p>III – aos profissionais de saúde que não possuam relação ou contratualização direta com operadoras de planos de saúde;</p> <p>IV – às administradoras de benefícios e suas relações com operadoras de planos de saúde.</p>	<p>Adaptação do inciso III para englobar situações diversas, não previstas nos dois primeiros incisos, por exemplo, mão de obra terceirizada que preste serviço para prestador de serviço de saúde..</p>
<p>Art. 21. As cláusulas de contratos escritos celebrados anteriormente à vigência desta</p>	<p>Art. 33. As previsões desta norma aplicam-se aos contratos firmados a partir a sua</p>	<p>Previsão expressa sobre a inexistência de obrigação</p>



<p>Resolução que estiverem em desacordo com suas disposições devem ser ajustadas em até doze meses, contados do início da vigência desta Resolução.</p>	<p>vigência.</p> <p>Parágrafo único. Na hipótese de alteração de qualquer cláusula contida em contrato firmado anteriormente a esta RN, aplicar-se-ão sobre cláusula alterada as disposições desta norma.</p>	<p>sobre a adaptação de contratos firmados às regras da nova RN.</p>
<p>Art. 22. As operadoras que mantenham contrato não escrito com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis.</p>	<p>Art. 34. As operadoras que mantenham contratualização não escrita com prestadores de serviço permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades previstas neste normativo.</p>	
<p>Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.</p>	<p>Art. 35. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis, previstas no normativo que define as penalidades aplicáveis às infrações à regulação do setor de saúde suplementar editadas pela ANS, observando-se a seguinte gradação:</p> <p>I – Sanção Base – Contratualização com cláusula(s) em desacordo em apenas uma das seções deste normativo;</p> <p>II – Sanção Base acrescida de 50% - Contratualização com cláusulas em desacordo em duas seções deste normativo;</p> <p>III – Sanção Base acrescida de 75% - Contratualização com cláusulas em desacordo em três seções deste normativo;</p> <p>IV – Sanção Base acrescida de 100% - Contratualização com cláusulas em</p>	<p>Não há alteração em relação ao artigo da RN 124/06, contudo a norma prevê nova forma de aplicação da sanção, regra específica para dosimetria da sanção.</p>

	desacordo em 4 ou mais seções deste normativo ou quando não escrita.	
<p>Art. 24. Revogam-se as RN nº 42, 4 de julho de 2003, RN nº 54, 28 de novembro de 2003, RN nº 60, 19 de dezembro de 2003, RN nº 71, 17 de março de 2004, RN nº 79, 31 de agosto de 2004, RN nº 91, 4 de março de 2005, RN nº 108, 9 de agosto de 2005, RN nº 241, 3 de dezembro de 2010, RN nº 286, 10 de fevereiro de 2012, RN nº 346, de 2 de abril de 2014; e a Instrução Normativa - IN nº 49, 17 de maio de 2012.</p> <p>§1º Os instrumentos contratuais que foram celebrados antes da vigência desta Resolução, que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.</p> <p>§ 2º As infrações praticadas durante a vigência das normas previstas no caput permanecem sujeitas à aplicação de penalidades.</p>	Art. 37. Revoga-se a Resolução Normativa - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014.	
Art. 25. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 22 de dezembro de 2014.	Art. 38. Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 dias após sua publicação.	

<b>IN 62DIDES</b>	<b>PROPOSTA</b>	<b>ALTERAÇÕES</b>
<p><i>Regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, relacionadas às Resoluções Normativas nº 363, de 11 de dezembro de 2014, nº 364, de 11 de dezembro de 2014, e nº 365, de 11 de dezembro de 2014.</i></p>	<p><i>Regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por meio de canal disponibilizado a prestadores e operadoras no endereço eletrônico da ANS na internet (www.ans.gov.br), forem recebidas pela DIDES, relacionadas à Lei 13.003/14.</i></p>	Alteração formal
<p>A Diretora responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso XXI do art. 23, a alínea "a" do inciso I do art. 76, a alínea "a" do inciso I do art. 85, todos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, e considerando o disposto no art. 25 da Resolução Normativa - RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, resolve:</p>	<p>O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso XXI, do art. 8º, a alínea "a" do inciso I do art. 20, todos da Resolução Normativa - RR nº 01, de 17 de março de 2017, e considerando o disposto no art. 25 da Resolução Normativa - RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, resolve:</p>	Alteração formal
<p><b>CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES</b></p>	<p><b>CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES</b></p>	
<p>Art. 1º Esta Instrução Normativa – IN, regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por qualquer meio, forem recebidas pela DIDES, relacionadas à:</p>	<p>Art. 1º Esta Instrução Normativa – IN, regulamenta o tratamento dispensado às reclamações, solicitações de providências ou petições assemelhadas, doravante denominadas demandas, que, por meio de canal disponibilizado a prestadores e operadoras no endereço eletrônico da ANS</p>	Adequação formal

<p>I - RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde;</p> <p>II – RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas; e</p> <p>III - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.</p>	<p>na internet (www.ans.gov.br), forem recebidas pela DIDES, relacionadas à:</p> <p>I – as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde;</p> <p>II – o índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas; e</p> <p>III - substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.</p>	
<p><b>CAPÍTULO II</b> <b>DAS DISPOSIÇÕES GERAIS</b></p>	<p><b>CAPÍTULO II</b> <b>DAS DISPOSIÇÕES GERAIS</b></p>	
<p>Art. 2º Para fins de identificação de indícios suficientes de infrações às normas dispostas nas RNs nº 363, de 2014 e nº 364, de 2014, a demanda deve preencher os seguintes requisitos:</p>	<p><b>Seção I</b> <b>Do Canal de Intermediação</b></p>	
<p>I – ser apresentada por escrito;</p> <p>II – constar o nome e o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas ou no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do demandante e informações para contato;</p>	<p>Art. 2º Para fins de registro de demandas, as partes mencionadas no art. 1º contarão com um canal eletrônico que visa à solução dos conflitos existentes entre as mesmas.</p>	<p>Inserção de nova lógica de análise das demandas recebidas pela DIDES, com possibilidade de recepção de denúncias, via canal eletrônico, de prestadores e</p>

III – constar o nome e o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas ou no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do prestador de serviços de atenção à saúde;

IV – constar o nome e número de registro na ANS da operadora de planos privados de assistência à saúde;

V – constar a cópia do instrumento contratual a que se refere à demanda, acompanhada de cópia de eventuais termos aditivos, quando pertinente à demanda;

VI – constar declaração do demandante de que não houve acordo entre o prestador de serviços de atenção à saúde e a operadora de planos privados de assistência à saúde, quanto à definição de reajuste ao término do período de negociação, nos casos de aplicação das disposições da RN nº 364, de 2014; e

VII – constar descrição dos fatos e fundamentos normativos que sustentem a demanda, com a especificação das cláusulas contratuais que descumprem as RNs nº 363, de 2014 e nº 364, de 2014.

§ 1º Para fins do inciso VII, é facultado ao demandante empregar como guia o modelo constante no Anexo desta IN, que estará disponível no endereço eletrônico da ANS na Internet - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

§ 2º Para fins do inciso V, apenas as cópias de contratos escritos ou termos aditivos, assinados pela operadora de planos de assistência à saúde e pelo prestador de serviço de atenção à saúde, serão aceitas, exceto nos casos do § 3º.

Parágrafo Único: O canal é subdividido em:

I – Intermediação Prestadores – Operadoras e Demandas Anônimas – Prestadores, para os Prestadores; e

II – Espaço das Operadoras, para as Operadoras.

### Subseção I

#### Das Demandas dos Prestadores

Art. 3º Para fins de registro de demandas, os prestadores terão que se cadastrar no SEI (Sistema Eletrônico de Informação) Externo em link disponibilizado no endereço eletrônico da ANS na internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Art. 4º Com o login e senha cadastrados e aceitos no sistema, o prestador estará apto a fazer um peticionamento de processo novo.

Art. 5º No tipo processual Intermediação Prestadores – Operadoras, o registro da demanda deve preencher os seguintes requisitos:

operadoras. Cada qual devendo cumprir requisitos específicos.

§ 3º Quando a demanda for fundamentada na recusa da operadora em assinar o contrato com o prestador credenciado ou referenciado, o requisito previsto no inciso V será preenchido mediante a apresentação de cópias de guias de serviço, guias de faturamento ou outro meio que comprove o vínculo com a operadora para prestação de serviços aos seus beneficiários.

I – Ter a indicação de um interessado na demanda, que pode ser a pessoa física (CPF) cadastrada no SEI Externo e/ou uma pessoa jurídica (CNPJ) vinculada ao demandante;

II – Preencher o documento Cadastro de Demanda de Prestador, em que devem constar nome completo, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e/ou Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ), a especialidade, dados de endereço físico e de correio eletrônico, telefone, nome e número de registro na ANS da operadora de planos privados de assistência à saúde, tema e relato da demanda, e informações a respeito do contato prévio com a operadora, fornecendo o número de protocolo gerado neste contato;

III – Anexar cópia do instrumento contratual a que se refere à demanda, como documento essencial, e cópia de eventuais termos aditivos, quando pertinente à demanda, como documento complementar; e

IV – Assinar eletronicamente a petição e encaminhá-la para a Coordenadoria de Contratualização (COCTT).

§ 1º Para fins do inciso III, apenas as cópias de contratos escritos ou termos aditivos, assinados pela operadora de planos de assistência à saúde e pelo prestador de serviço de atenção à saúde, serão aceitas, exceto nos casos do § 2º.

§ 2º Quando a demanda for fundamentada na recusa da operadora em assinar o contrato com o prestador credenciado ou referenciado, o requisito previsto no inciso III será preenchido mediante a apresentação de cópias de guias de serviço, guias de faturamento ou outro meio que comprove o vínculo com a operadora para prestação de serviços aos seus beneficiários.

§ 3º Para fins de identificação de indícios suficientes de infrações às normas que tratam da substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, além dos requisitos descritos nos incisos I ao IV do artigo 5º, a demanda deve conter a cópia do instrumento de rescisão ou rescisão do contrato de prestação de serviços, anexado como documento complementar.

Art. 6º No tipo processual Demandas Anônimas - Prestadores, o registro da demanda deve preencher os seguintes requisitos:

I - Preencher o documento Demanda Anônima de Prestador, em que devem constar nome e número de registro na ANS da operadora de planos privados de assistência à saúde, tema e relato da demanda; e

II – Encaminhar a petição para a Coordenadoria de Contratualização (COCTT).

**Subseção II****Das Demandas das Operadoras**

Art. 8º Para fins de registro de demandas, as operadoras farão o envio por meio do Espaço da Operadora, no endereço eletrônico da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)), de acordo com os seguintes requisitos:

I - Preencher o documento Cadastro de Demanda de Operadora, em que devem constar o nome e o registro ANS da operadora, nome e especialidade do prestador, número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e/ou Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) do prestador, endereço completo do prestador, tema e relato da demanda, e informações a respeito do contato prévio com o prestador;

II – Anexar cópia do instrumento contratual a que se refere à demanda, como documento essencial, e cópia de eventuais termos aditivos, quando pertinente à demanda, como documento complementar;

III – Encaminhar a petição para a Coordenadoria de Contratualização (COCTT).

§ 1º Para fins do inciso II, apenas as cópias de contratos escritos ou termos aditivos, assinados pela operadora de planos de assistência à saúde e pelo prestador de serviço de atenção à saúde, serão aceitas, exceto nos casos do § 2º.



§ 2º Quando a demanda for fundamentada na recusa do prestador credenciado ou referenciado em assinar o contrato com a operadora de planos de assistência à saúde, o requisito previsto no inciso II será preenchido mediante a apresentação de cópias de guias de serviço, guias de faturamento ou outro meio que comprove o vínculo com o prestador para prestação de serviços aos seus beneficiários.

### Seção III

#### Da Classificação das Demandas

Art. 9º Decorridos os prazos previstos na Seção II, será efetuada a classificação das demandas da seguinte forma:

I – demandas com retorno do demandante informando que a questão foi solucionada pelo demandado e seu posterior arquivamento;

II – demandas com retorno do demandante informando que a questão não foi solucionada pelo demandado;

III – demandas não respondidas pelo demandado no prazo previsto no inciso I do art. 7º;

IV – demandas não respondidas pelo demandante depois do retorno do demandado, sendo resolvidas tacitamente;  
e

Classificação de demanda para fins de adequação de fluxos eletrônicos

V – arquivamento da demanda por inexistência de infração.

**CAPÍTULO III  
DAS DEMANDAS ANÔNIMAS**

Art. 10 As demandas registradas na forma do art. 6º serão recepcionadas pela Coordenadoria de Contratualização (COCTT) e agrupadas conforme o tema, sendo analisadas de forma coletiva, a partir de um indicador a ser criado para este fim.

Parágrafo único: o indicador mencionado no caput servirá para identificar eventuais condutas reiteradas das operadoras que venham a infringir a regulação específica sobre contratualização, índice de reajuste da ANS e substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares

Facilitar a recepção de demandas anônimas, deixando claro que o tratamento a ser dado será diferente das demandas identificadas, tendo em vista a impossibilidade de tratar individualmente uma questão contratual sem identificação da parte.

**CAPÍTULO IV  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

<p style="text-align: center;"><b>Seção II</b> <b>Das Demandas Referentes às</b> <b>Normas de Substituição de</b> <b>Prestadores de</b> <b>Serviços de Atenção à Saúde não</b> <b>Hospitalares.</b></p>		Os fluxos para demandas sobre contratualização e substituição foram unificados
<p>Art. 3º Para fins de identificação de indícios suficientes de infrações às normas dispostas na RN nº 365, de 2014, além dos requisitos descritos nos incisos I ao V do artigo 2º, a demanda deve conter a cópia do instrumento de resilição ou rescisão do contrato de prestação de serviços.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Seção III</b> <b>Das Solicitações de Informações</b> <b>Complementares e do Arquivamento</b> <b>de Demandas</b></p>		Fluxos otimizados conforme art. 3º - 8º.
<p>Art. 4º Quando as demandas de irregularidade não preencherem os elementos descritos nos artigos 2º e 3º, a DIDES fará contato com o demandante para que, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da sua ciência, complemente as informações, a fim de constituir o juízo de existência de indícios suficientes de infração.</p>		

<p>Art. 5º As demandas apresentadas em desconformidade com o disposto nesta Instrução Normativa e que não forem complementadas no prazo descrito no artigo 4º serão consideradas ineptas para fins de constituição do juízo de existência de indícios de infração.</p> <p>Parágrafo único. As demandas referidas no caput serão arquivadas.</p>	<p>Art. 11. As demandas apresentadas em desconformidade com o disposto nesta Instrução Normativa serão consideradas ineptas para fins de constituição do juízo de existência de indícios de infração.</p> <p>Parágrafo único: As demandas referidas no caput serão arquivadas.</p>	
<p>Art. 6º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.</p>	<p>Art. 12. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.</p>	

#### CONCLUSÃO:

46. Isto posto, sugere-se o encaminhamento do presente processo para apreciação da Diretoria Colegiada da ANS e, posteriormente, para a análise da PROGE, designando como interlocutores os servidores: Gustavo de Barros Macieira, Renata Valadares Maciel e Flávio José Batista de Souza.

47. É a Exposição de motivos.

Atenciosamente,

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



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo de Barros Macieira, Gerente de Análise Setorial e Contratualização com Prestadores**, em 22/10/2019, às 13:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIEL MEIRELLES FERNANDES PEREIRA, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIDES**, em 22/10/2019, às 14:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.

Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO RODRIGUES DE AGUIAR, Diretor(a) de Desenvolvimento Setorial**, em 22/10/2019, às 14:26, conforme



horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **14630966** e o código CRC **262D486A**.

Referência: Processo nº 33910.030767/2018-97

SEI nº 14630966