

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

# Glossário Temático Saúde Suplementar

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF  
2009

© 2009 Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 3.500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Biblioteca  
Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
Espalanada dos Ministérios, bloco G,  
Edifício Anexo, 4.º andar, sala 415-B  
CEP: 70058-900, Brasília – DF  
Tels.: (61) 3315-3426 / 3315-3219  
Fax: (61) 3321-3731  
E-mail: [terminologia@saude.gov.br](mailto:terminologia@saude.gov.br)  
Home pages: <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes>  
<http://www.saude.gov.br/bvs/terminologia>

Agência Nacional de Saúde Suplementar  
Diretoria de Gestão  
Avenida Augusto Severo, 84, Glória  
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: (21) 2105-0000  
Fax: (21) 2105-0219  
Disque ANS: 0800 701 9656  
Home page: <http://www.ans.gov.br>

*Coordenação geral do Projeto BVS MS:*  
Márcia Helena G. Rollemberg

*Líderes do Projeto de Terminologia da Saúde:*  
Ana Márcia N. Juliano Barbosa  
Rogério da Silva Pacheco

*Comitê técnico:*

Andréa Brites Pinto e Freitas  
Carla Valéria Cazarim Godoy  
Celina Maria de Oliveira Perez  
Ceres Albuquerque  
Danielle Mattos  
Denise Domingos  
Glória Irene Braz da Cunha Runte  
Graziela Soares Scalercio  
Iara Vidal Pereira de Souza  
Luciana Massad Fonseca  
Luiz Ricardo Trindade Bacellar  
Lisete Mann Medeiros  
Márcia Franke Piovesan  
Márcio Dias de Carvalho  
Marcos Linhares Gatti  
Maristela Bernardi  
Marizélia Leão Moreira  
Washington Oliveira Alves

*Redação final:*

Carla Valéria Cazarim Godoy  
Iara Vidal Pereira de Souza  
Maristela Bernardi

*Consultoria do Projeto de Terminologia da Saúde:*

Lilian Alves Assunção de Souza – linguista  
Rogério da Silva Pacheco – terminologista

*Organização e preparação do original:*

Rogério da Silva Pacheco

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Glossário temático : saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

84 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1601-7

1. Saúde suplementar. 2. Terminologia. 3. Disseminação da informação. I. Título. II. Série.

CDU 369.22

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0505

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Thematic Glossary: supplemental health care

Em espanhol: Glosario Temático: salud complementaria

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Vanessa Leício

Revisão: Mara Rejane Soares Pamplona

Diagramação: Alisson Albuquerque

# Sumário

Apresentação 5

Explicações prévias 7

Conhecendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar 9

Como usar este glossário 13

Glossário 15

Referências 77



# Apresentação

O conhecimento gerado pelas áreas técnicas e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde (MS) surge da confluência dos saberes de diversos domínios: biologia, economia, enfermagem, engenharia, estatística, farmacologia, informática, medicina, nutrição, psicologia, química, sociologia, entre muitos outros, e que se fundem à prática de gestão do sistema público de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Identificar, relacionar, padronizar, gerir e oferecer acesso a esse conhecimento é um dos desafios atuais da Ciência da Informação, em que se discutem aspectos da democratização do acesso à informação, da criação de repositórios públicos de conhecimento e do desenvolvimento de tecnologias que permitam a recuperação da informação suplantando a lógica da sintaxe e atingindo a lógica da semântica. Para esse último tópico, é preciso desenvolver metodologias que garantam o tratamento terminológico das áreas de conhecimento.

No que diz respeito à gestão da informação em saúde, o Projeto de Terminologia da Saúde, uma iniciativa da Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE/MS), atua no desenvolvimento dos principais instrumentos que possibilitarão o alinhamento da produção literária, documental e normativa da esfera federal do SUS, com as premissas da Ciência da Informação. São eles: o tesauro, o siglário e os glossários temáticos que constituem o Glossário do Ministério da Saúde.

A partir dessa expectativa, a série Glossário Temático tem a finalidade de normalizar, descrever, representar e divulgar a terminologia especializada, utilizada no saber técnico, no saber tecnológico e no saber científico das diversas áreas técnicas que, em parceria com a CGDI, envolvem-se também na elaboração dessas publicações.

Logo, na medida em que esses glossários temáticos vão se consolidando, pretende-se ter um vocabulário institucional próprio, preciso e consensual, que permitirá aos gestores, profissionais da saúde e cidadãos um entendimento mais eficaz e uma comunicação objetiva, sem ambiguidades, favorecendo o desempenho das ações institucionais e a compreensão sobre a gestão do Sistema Único de Saúde.

*Coordenação-Geral de Documentação e Informação*

# Explicações prévias

Elaborado conjuntamente por equipes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Ministério da Saúde (MS), por meio do Projeto de Terminologia da Saúde, da Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI/SAA/SE), este Glossário Temático: Saúde Suplementar reúne as principais expressões técnicas e organizacionais utilizadas por essa autarquia federal. Contudo, como a intenção é tratar exclusivamente a linguagem de especialidade, não foram citados, nesta publicação, os vocábulos com significados facilmente encontrados nos dicionários de língua portuguesa, haja vista que esses já são consagrados pelo uso e pela tradição.

Entre os objetivos deste Glossário Temático estão: identificar os termos próprios da área técnica; fornecer referências para a compreensão de termos e conceitos; proporcionar a exatidão conceitual e definir a atuação de cada termo em seus diferentes contextos institucionais; eliminar ambiguidades, por meio da normalização e harmonização terminológica, para facilitar a comunicação interna; contribuir para a tradução especializada; permitir a elaboração da linguagem documentária do Tesouro do Ministério da Saúde; organizar e divulgar informações técnicas, organizacionais e profissionais; e se constituir em um instrumento institucional de referência para representação e transmissão do conhecimento especializado na área de Saúde Suplementar.

Os termos, as definições e as siglas relacionados aqui foram extraídos de legislações, publicações técnicas, documentos e siste-

mas produzidos e utilizados pela ANS. Apenas nos casos em que não existiam ocorrências nessa literatura, coube ao comitê técnico dessa Agência propor a grafia do termo constatado e a sua significação à equipe do Projeto, desde que não contrariasse a legislação federal vigente. Da mesma forma, todos os 219 verbetes com suas definições e siglas foram examinados e/ou adequados, bem como validados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Essa iniciativa não se encerra com essa edição, pois, dada a contínua atuação da ANS no setor de Saúde Suplementar, periodicamente haverá a revisão e a identificação de termos para novas inclusões e atualizações, a fim de se poder constatar e descrever o maior número possível de expressões e usos institucionais dessa linguagem especializada. Quaisquer sugestões de inclusão, alteração e exclusão, por parte dos leitores e usuários deste glossário, são bem-vindas e podem ser feitas pela internet, na página da Terminologia da Saúde, no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/bvs/terminologia>) ou pelo correio eletrônico: [terminologia@saude.gov.br](mailto:terminologia@saude.gov.br).



# Conhecendo a Agência Nacional de Saúde Suplementar

O setor de Saúde Suplementar, por quase 40 anos, cresceu sem nenhum referencial do Estado. Num mercado desregulado e competitivo, a ausência de alguma forma de regulação levou à seleção adversa, à seleção de risco e à existência de assimetria de informação que, ao longo do tempo, comprometeram a eficiência dos serviços prestados e o bem-estar dos beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada com a publicação da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, tornando-se responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, garantindo a qualidade da prestação dos serviços prestados aos 49 milhões de vínculos (atualmente, são 51,2 milhões de vínculos – 40,8 milhões de beneficiários de planos privados de assistência médica e 10,4 milhões de vínculos de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos –, segundo o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, de dezembro de 2008), zelando ao mesmo tempo pela sustentabilidade econômica e financeira do setor de Saúde Suplementar, por meio das ações coletivas dos diretores da Agência, gerentes e do seu quadro de servidores.

A ANS vem desenvolvendo ações em todo o território nacional como órgão de regulação, caracterizando-se como uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos e de decisões técnicas. Cinco diretorias formam a diretoria colegiada, instância de decisão deliberativa da Agência.

Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como 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 beneficiários, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Tem desenvolvido ações buscando aprofundar a relação do componente suplementar com o Sistema Único de Saúde, contribuindo para a construção do sistema de saúde brasileiro.

Desde a sua criação, diversas conquistas foram alcançadas como a implantação da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, a nova proposta de modelo assistencial com a introdução de uma prática menos fragmentada e com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, o desenvolvimento e implantação da Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS), a constituição da área de avaliação e incorporação de tecnologias, a estruturação de um fundo garantidor, a construção de um modelo de acreditação de operadoras e a portabilidade dos planos de saúde.

Quanto à ação fiscalizatória, é direcionada para uma perspectiva de aproximação progressiva com os beneficiários, com as operadoras e com a sociedade civil organizada. Objetiva propiciar um ambiente público regulatório equilibrado, promovendo uma regulação mais indutiva do que punitiva. Sempre estiveram em pauta as discussões de questões fundamentais como a forma de entrada, permanência e saída das empresas e o acompanhamento de sua performance econômico-financeira.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar está empenhada em trazer a qualidade para o processo de regulação da Saúde Suplementar, por meio do seu próprio aprimoramento como ente regulador e da mudança da forma de produção de saúde, estimulando a relação equilibrada entre os atores envolvidos nesse campo. Dessa forma, a atuação da Agência busca possibilitar que as operadoras aumentem sua eficiência e capacidade de gestão, os prestadores qualifiquem a assistência prestada e os beneficiários tenham seus direitos respeitados e o seu bem-estar garantido.



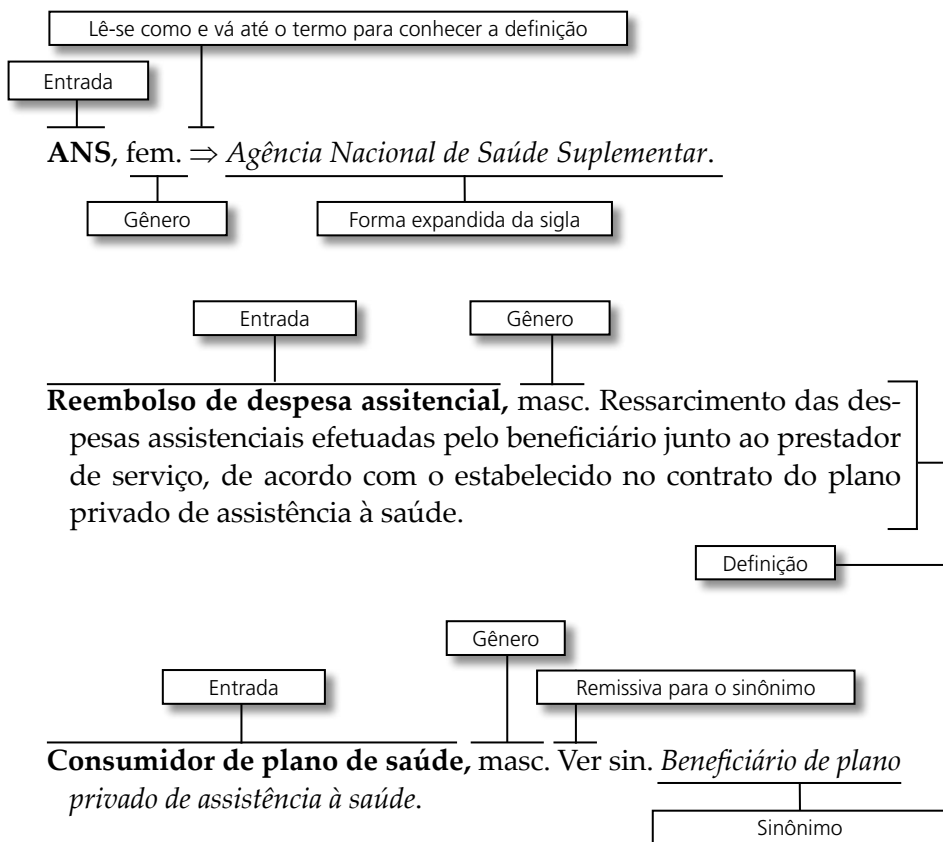
# Como usar este glossário

Os verbetes estão organizados em ordem alfabética e estruturados de acordo com o seguinte padrão:

**ENTRADA + GÊNERO ± NÚMERO ± SINÔNIMO + DEFINIÇÃO**  
**ou ⇒ ± REMISSIVA DA DEFINIÇÃO ± NOTA ± REMISSIVA DA NOTA**

A ENTRADA representa a unidade linguística que possui o conteúdo semântico da expressão terminológica na linguagem de especialidade. É o termo propriamente dito, o termo principal ou, eventualmente, um termo remissivo. O GÊNERO indica se o termo da língua descrita, conforme o caso, é feminino [**fem.**] e/ou masculino [**masc.**]. O SINÔNIMO [**sin.**] indica que o termo é equivalente a outro quanto ao significado. O NÚMERO [**pl.**] figurará apenas quando o termo for utilizado sempre no plural. A DEFINIÇÃO estabelece o sistema de distinções recíprocas que servem para descrever conceitos pertinentes aos termos. A SETA [=] significa “lê-se como” e “vá ao termo para conhecer a definição”, indicando a forma linguística expandida, equivalente à sigla. A REMISSIVA [**ver**], tanto da definição quanto da nota, esclarece sobre a relação de complementaridade entre termos. Os termos remissivos se relacionam de maneiras diversas, dependendo da contiguidade de sentido, podendo ser: termos sinônimos, termos hiperônimos e termos conexos. Nesse glossário, as remissões não são nomeadas como hiperônimos, hipônimos e conceitos conexos. A NOTA [**nota**] provê informação adicional: comentário prático, linguístico ou enciclopédico, a fim de complementar a conceituação.

## Exemplos de verbetes:



# **Glossário**







**Abrangência geográfica municipal**, fem. Abrangência geográfica do plano de saúde que compreende apenas um município de um estado. Nota: o nome do município deve ser expressamente definido no contrato. Ver *Abrangência geográfica*.

**Abrangência geográfica nacional**, fem. Abrangência geográfica do plano de saúde que compreende todo o território nacional. Ver *Abrangência geográfica*.

**Acompanhamento econômico-financeiro de operadora**, masc. Observação, análise e monitoramento sistemático de informações gerenciais, contábeis e financeiras das operadoras de plano privado de assistência à saúde. Notas: i) Tem o objetivo de identificar a situação econômico-financeira das operadoras, de forma a garantir os direitos dos beneficiários e o equilíbrio do setor de Saúde Suplementar. ii) Se forem detectadas anormalidades econômico-financeiras que possam impactar a continuidade das atividades de uma operadora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) poderá requerer à operadora um plano de recuperação ou propor a instauração de regime especial, conforme a gravidade da situação identificada. Ver *Regime especial*.

**Adaptação de contrato de plano de saúde**, fem. Processo de adequação dos planos de saúde contratados antes da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que, por meio de aditivo contratual, garante às partes os mesmos direitos e deveres dos contratos assinados após 2 de janeiro de 1999, além dos direitos anteriormente contratados. Notas: i) É assegurado ao consumidor, conforme determinação do artigo 35 da Lei n.º 9.656, o direito de optar pela adaptação de seu contrato ou pela manutenção dele por prazo indeterminado. ii) Esse tema também foi abordado no Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos (Piac), instituído pela Resolução Normativa ANS n.º 64, de 22 de dezembro de 2003, que oferecia adaptação aos contratos em condições especiais. Ver *Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos*.

**Administradora de planos de saúde**, fem. Empresa que administra planos de saúde, sem assumir o risco decorrente da operação desses planos, e que se priva de rede prestadora de serviço de saúde. Nota: essas administradoras não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Ver *Autogestão; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde.*

**Agência Nacional de Saúde Suplementar**, fem. Sin. ANS. Autarquia, sob regime especial, que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde. Notas: i) A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. ii) Vinculada ao Ministério da Saúde, tem como 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. iii) Possui sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, RJ.

**Agravo de contraprestação pecuniária**, masc. 1 – Acréscimo temporário no valor da contraprestação pecuniária do plano de assistência à saúde, oferecido ao consumidor que se declare portador de doenças ou lesões preexistentes, para que este tenha direito integral à cobertura contratada, como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária. 2 – Qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente de-

clarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário. Nota: o acréscimo garante a cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados a doenças ou lesões preexistentes alegadas, desde que cumpridos os prazos de carência contratual. Ver *Contraprestação pecuniária de plano de saúde*.

**Ajuste técnico de contraprestação pecuniária**, masc. Aumento da contraprestação pecuniária para a correção do desequilíbrio na carteira de planos privados de assistência à saúde em que haja a excessiva utilização dos serviços oferecidos pela operadora que possa comprometer a liquidez e solvência desta, que é obrigada a manter o rol de serviços estipulados em contrato. Nota: o aumento deverá ser previamente analisado e aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ver *Carteira de planos de saúde*.

**Alienação compulsória de carteira**, fem. Transferência da Carteira motivada por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de decisão da Diretoria Colegiada. Nota: ocorre mediante autorização prévia da ANS e deve contemplar a totalidade da carteira, mesmo que para isso seja necessária a participação de mais de uma operadora. Ver *Alienação de carteira; Carteira de planos de saúde*.

**Alienação de carteira**, fem. Transferência do domínio de parte ou da totalidade da carteira de planos de assistência à saúde de uma operadora à outra. Notas: i) Nessa operação deverão ser mantidas integralmente as condições vigentes dos contratos adquiridos sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários, sendo permitido somente alterar o nome dos planos ou a rede de prestadores, respeitado o disposto no artigo 17 da Lei n.º 9.656,

de 3 de junho de 1998. ii) Pode ser feita de forma voluntária ou compulsória e total ou parcial. Ver *Carteira de planos de saúde*.

**Alienação parcial de carteira**, fem. Transferência de parte da carteira entre operadoras de planos privados de assistência à saúde em decorrência de uma operação de alienação voluntária ou compulsória. Nota: o fracionamento da carteira se dará por determinada característica indicada e deverá abranger todos os contratos e os beneficiários que possuam essa característica. Ver *Alienação de carteira*; *Carteira de planos de saúde*.

**Alienação total de carteira**, fem. Transferência da totalidade da carteira entre operadoras de planos privados de assistência à saúde em decorrência de uma operação de alienação voluntária ou compulsória. Ver *Alienação de carteira*; *Carteira de planos de saúde*.

**Alienação voluntária de carteira**, fem. Transferência da carteira entre operadoras de planos privados de assistência à saúde, motivada exclusivamente pela vontade da operadora. Nota: ocorre mediante autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar e pode ser total ou parcial. Ver *Alienação de carteira*; *Carteira de planos de saúde*.

**ANS**, fem. ⇒ *Agência Nacional de Saúde Suplementar*.

**Área de atuação da operadora**, fem. Ver sin. *Região de comercialização*.

**Área de atuação do produto**, fem. Especificação nominal de estado ou município que compõe as áreas de abrangência geográfica estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. Nota: a especificação dos municípios ou estados onde haverá garantia da cobertura assistencial contratada deve estar disposta no

contrato, à exceção dos planos com área de abrangência geográfica nacional. Ver *Abrangência geográfica*.

**Assistência suplementar da saúde**, fem. Ver sin. *Saúde suplementar*.

**Atendimento identificado**, masc. Assistência prestada ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde e identificada pelo cruzamento de bancos de dados específicos para fins de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nota: o atendimento é realizado na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Ativos garantidores**, masc. pl. Títulos, valores mobiliários e/ou imóveis registrados no balanço patrimonial das operadoras ou da entidade mantenedora de autogestão, com objetivo de lastrear o total das provisões técnicas e do excedente da dependência operacional, mediante sua vinculação à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota: os ativos garantidores podem ser também aplicações de renda fixa ou de renda variável.

**Autogestão**, fem. Modalidade na qual é classificada uma entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. Nota: as autogestões podem ser classificadas em autogestão por RH, autogestão com mantenedor e autogestão sem mantenedor. Ver *Administradora de planos de saúde; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Seguradora especializada em saúde*.

**Autogestão com mantenedor**, fem. Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, classificada como autogestão, vinculada a uma entidade pública ou privada mantenedora que garante os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da apresentação de termo de garantia financeira nos termos da regulamentação vigente. Ver *Autogestão*.

**Autogestão não patrocinada**, fem. Entidade de autogestão sem vínculo com algum patrocinador. Nota: esse termo deixou de ser utilizado, após a Resolução Normativa ANS n.º 137, de 14 de novembro de 2006. Ver *Autogestão*.

**Autogestão patrocinada**, fem. Entidade de autogestão ou empresa que se responsabilizava pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. Notas: i) Esse termo deixou de ser utilizado após a Resolução Normativa ANS n.º 137, de 14 de novembro de 2006. ii) A cobertura está limitada ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas que possuem gestão própria. Ver *Autogestão*.

**Autogestão por RH**, fem. Pessoa jurídica de direito privado, classificada como autogestão, que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde nos termos da regulamentação vigente. Ver *Autogestão*.

**Autogestão sem mantenedor**, fem. Pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, classificada como autogestão, que garantirá os riscos decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde por meio da constituição das garantias fi-

nanceiras próprias exigidas pela regulamentação em vigor. Ver *Autogestão*.

**Autorização de funcionamento de operadora**, fem. Permissão emitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão, devidamente registradas como operadoras de planos de saúde, para operação no setor de Saúde Suplementar. Notas: i) Essa autorização está condicionada às regras estabelecidas pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e pela ANS, podendo ser suspensa por decisão da Agência ou a pedido da própria operadora. ii) A obtenção da autorização de funcionamento requer que a pessoa jurídica obtenha o registro da operadora e o registro de produto, além de apresentar o plano de negócios.

**Autorização prévia de procedimento de saúde**, fem. Mecanismo de regulação da operadora que consiste em avaliação da solicitação antes da realização de determinados procedimentos de saúde. Nota: é fornecida formalmente pela operadora mediante solicitação do profissional assistente.

**Aviso de beneficiário identificado**, masc. Sin. *ABI*. Documento, enviado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às operadoras, que apresenta os atendimentos identificados em determinado período para fins de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).





**BE**, masc. ⇒ *Beneficiário exposto*.

**Beneficiário**, masc. Ver sin. *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde*.

**Beneficiário de plano privado de assistência à saúde**, masc. Sin. *Beneficiário; Consumidor; Consumidor de plano de saúde; Participante de plano privado de assistência à saúde; Segurado; Usuário; Usuário de plano privado de assistência à saúde*. Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica. Nota: esse termo é o formalmente preferido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Beneficiário dependente**, masc. Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo vínculo com a operadora depende da existência do vínculo de um beneficiário titular. Ver *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde; Beneficiário titular*.

**Beneficiário exposto**, masc. Sin. *BE*. Beneficiário detentor de contrato com a operadora que lhe fornece majoritariamente o serviço de assistência à saúde. Ver *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde; Beneficiário não exposto*.

**Beneficiário não exposto**, masc. Sin. *BNE*. É a condição do beneficiário em relação à operadora com a qual possui contrato de plano privado de assistência à saúde, caso esta assistência seja

prestada majoritariamente por outra operadora. Ver *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde*; *Beneficiário exposto*.

**Beneficiário titular**, masc. Beneficiário de plano privado de assistência à saúde cujo contrato o caracteriza como detentor principal do vínculo com uma operadora. Ver *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde*; *Beneficiário dependente*.

**BNE**, masc. ⇒ *Beneficiário não exposto*.

**Cadastro de Beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde**, masc. Conjunto organizado de dados sobre os beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Nota: os dados são fornecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde registradas na ANS. Ver *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde*.

**Cadastro de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde**, masc. Sin. *Cadastro de Operadoras; Cadop*. Sistema informatizado destinado à coleta de dados cadastrais das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Nota: esse sistema mantém registradas informações cadastrais referentes às operadoras de planos privados de assistência à saúde, tais como: razão social, endereços, nome dos administradores e representantes, data de registro das operadoras, participações societárias, entre outras.

**Cadastro de Operadoras**, masc. Ver sin. *Cadastro de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde*.

**Cadop**, masc. ⇒ *Cadastro de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde*.

**Câmara de Saúde Suplementar**, fem. Sin. CSS. Órgão consultivo formado por representantes de todos os segmentos da sociedade que protagonizam as relações no setor de Saúde Suplementar. Nota: esse órgão foi criado pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

**Câmara técnica**, fem. Fórum para análise e discussão de assuntos técnicos, cujo objetivo é explorar os detalhes da regulamentação de temas específicos, sempre com representantes dos segmentos interessados. Nota: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instalou as seguintes câmaras técnicas: câmara técnica contábil; garantias financeiras; segmentação de operadoras; valores da Tuneq; política de reajuste e revisão técnica; odontologia; assuntos médicos; e contratualização.

**Carência de plano privado de assistência à saúde**, fem. Período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato. Nota: os prazos máximos de carência, segundo a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, são: a) urgência e emergência: 24 horas; b) parto, a partir da 38.<sup>a</sup> semana de gravidez: 300 dias (o parto que ocorre antes dessa semana gestacional é tratado como um procedimento de urgência); c) demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias): 180 dias. Ver *Portabilidade de carências*.

**Carteira de planos**, fem. Ver sin. *Carteira de planos de saúde*.

**Carteira de planos de saúde**, fem. Sin. *Carteira de planos; Carteira de planos privados de assistência à saúde*. Conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer dos tipos de planos privados de assistência à saúde, com todos os direitos e as obrigações neles contidos.

**Carteira de planos privados de assistência à saúde**, fem. Ver sin. *Carteira de planos de saúde*.

**Caução**, fem. Garantia, de qualquer natureza, exigida no ato ou anteriormente à prestação do serviço. Notas: i) Era exigida por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos privados de assistência à saúde e seguradoras especializadas em saúde. ii) Considerava-se como caução: depósito bancário, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito. iii) A exigência dessa garantia foi proibida pela Resolução Normativa ANS n.º 44, de 24 de julho de 2003.

**Central de Relacionamento da ANS**, fem. Canal de interlocução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com os componentes do mercado de saúde suplementar e público externo em geral, por meio do atendimento ativo e receptivo, de forma a realizar o recebimento, análise e encaminhamento de resposta às dúvidas e/ou demandas sobre as regras de funcionamento desse setor, atuando, conforme a peculiaridade do caso, na solução prévia de conflitos. Notas: i) Consideram-se aqui como componentes do mercado de saúde suplementar operadoras e beneficiários de planos privados de assistência à saúde e prestadores privados de serviços de saúde. ii) A Central de Relacionamento é constituída pelo Disque ANS, pelo atendimento pessoal realizado nos Nurafs, pelo Fale Conosco (*e-mail* enviado pelo *site* da ANS) e pelo canal de recebimento de correspondências endereçadas à ANS.

**Cheque-caução**, masc. Ordem de pagamento exigida como caução. Ver *Caução*.

**Cobertura**, fem. Ver sin. *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura assistencial**, fem. Ver sin. *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura assistencial ambulatorial**, fem. Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços de saúde, que compreende consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Nota: para os contratos celebrados a partir da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, a cobertura assistencial mínima é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura assistencial de referência**, fem. Segmentação assistencial de plano de saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria. Notas: i) Compreendem-se como assistência hospitalar: partos e tratamentos realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. ii) Esses planos têm a cobertura mínima estabelecida pela Lei n.º 9.656 e garantem atendimento integral às urgências e emergências após 24 horas da contratação. Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde**, fem. Sin. *Cobertura; Cobertura Assistencial*. Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Notas: i) Após a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, a segmentação assistencial é categorizada em: ambulatorial; hos-

pitalar com obstetrícia; hospitalar sem obstetrícia ou de referência. ii) A cobertura mínima em cada segmentação assistencial é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Cobertura assistencial hospitalar com obstetrícia**, fem. Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Notas: i) Para contratos celebrados a partir da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, não há limite de tempo de internação, sendo garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto. ii) A cobertura assistencial mínima é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura assistencial hospitalar sem obstetrícia**, fem. Segmentação assistencial de plano de saúde que garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, com exceção da atenção ao parto, e os procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Notas: i) Para contratos celebrados a partir da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, não há limite de tempo de internação, do contratante e de seus dependentes. ii) A cobertura assistencial mínima é a estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura assistencial odontológica**, fem. Segmentação assistencial de plano de saúde que garante assistência odontológica, compreendendo procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Nota: para contratos celebrados a partir da vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, a cobertura odontológica mínima é a estabelecida no Rol de Procedimentos odontológicos. Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Cobertura parcial temporária**, fem. Sin. *CPT*. Cobertura assistencial que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde*.

**Conselho de Saúde Suplementar**, masc. Sin. *Consu*. Órgão colegiado com competência para estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de Saúde Suplementar; supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); fixar diretrizes gerais para implementação no setor de Saúde Suplementar; deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. Notas: i) É integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde. ii) Participam do Consu os ministros da Justiça, da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

**Consu**, masc. ⇒ *Conselho de Saúde Suplementar*.



**Consumidor**, masc. Ver sin. *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.*

**Consumidor de plano de saúde**, masc. Ver sin. *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.*

**Contraprestação pecuniária de plano de saúde**, fem. Pagamento de uma importância pelo contratante de plano de saúde a uma operadora para garantir a prestação continuada dos serviços contratados. Notas: i) A contraprestação pode ser preestabelecida, quando o valor é fixado previamente à utilização, ou pós-estabelecida, quando o valor é definido após a utilização dos serviços de saúde. ii) Nos planos exclusivamente odontológicos, há a possibilidade de formação de preço misto, o que inclui as formas de preço preestabelecido e pós-estabelecido.

**Contrato de plano de saúde adaptado**, masc. Instrumento juridicamente firmado, antes de 2 de janeiro de 1999, para garantia de assistência à saúde e, posteriormente, adequado às regras da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, por meio de aditivo contratual. Nota: após a adequação à Lei n.º 9.656, o contrato passa a garantir às partes os direitos definidos no aditivo e os anteriormente contratados. Ver *Contrato de plano privado de assistência à saúde.*

**Contrato de plano de saúde antigo**, masc. Instrumento juridicamente celebrado anteriormente à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Nota: até 1.º de janeiro de 1999, a lei permitiu a comercialização tanto dos planos antigos quanto dos planos adequados à Lei n.º 9.656. Ver *Contrato de plano privado de assistência à saúde.*

**Contrato de plano de saúde coletivo empresarial**, masc. Instrumento jurídico firmado legalmente por pessoa jurídica para garantia de assistência à saúde da massa populacional a ela vincu-

lada, que tem como característica a adesão automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta do grupo. Notas: i) A garantia de assistência poderá incluir os dependentes legais da massa populacional vinculada. ii) O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical. Ver *Contrato de plano de saúde coletivo; Plano privado de assistência à saúde*.

**Contrato de plano de saúde coletivo por adesão**, masc. Instrumento jurídico firmado legalmente por pessoa jurídica para garantia de assistência à saúde de massa populacional a ela vinculada por emprego, associação ou sindicato que tem como característica a adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados. Nota: a garantia de assistência poderá incluir os dependentes legais da massa populacional vinculada, desde que prevista em contrato. Ver *Contrato de plano de saúde coletivo*.

**Contrato de plano de saúde coletivo**, masc. Instrumento jurídico firmado legalmente por pessoa jurídica para garantia de assistência à saúde de massa populacional a ela vinculada por emprego, associação ou sindicato. Nota: o plano de saúde pode ser empresarial ou por adesão. Ver *Contrato de plano privado de assistência à saúde*.

**Contrato de plano de saúde individual e familiar**, masc. Instrumento jurídico firmado legalmente entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa física para assistência à saúde de um indivíduo ou de um grupo familiar. Ver *Contrato de plano privado de assistência à saúde*.

**Contrato de plano de saúde**, masc. Ver sin. *Contrato de plano privado de assistência à saúde*.

**Contrato de plano privado de assistência à saúde**, masc. Sin. *Contrato de plano de saúde*. Instrumento jurídico que registra o acordo firmado entre uma pessoa física ou jurídica com uma operadora de plano privado, para garantir a assistência à saúde. Nota: pode ser individual e familiar, empresarial ou por adesão.

**Contrato sucessor**, masc. Instrumento jurídico que substitui imediatamente o anterior com a mesma operadora ou com outra que adquire a carteira de plano.

**Cooperativa médica**, fem. Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde. Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde*.

**Cooperativa odontológica**, fem. Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos. Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa médica; Filantropia; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde*.

**Coordenador médico de informações em saúde**, masc. Profissional médico especialmente designado pela operadora como responsável pelas informações de saúde relativas à assistência prestada aos consumidores de planos privados de assistência à

saúde, com a finalidade de preservar o sigilo das informações nos casos previstos na legislação em vigor.

**Coparticipação**, fem. Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.

**CPT**, fem. ⇒ *Cobertura parcial temporária*.

**CSS**, fem. ⇒ *Câmara de Saúde Suplementar*.



**Diope**, fem. ⇒ *Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras.*

**Diops**, masc. ⇒ *Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Plano de Saúde.*

**Dipro**, fem. ⇒ *Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos.*

**Diretor fiscal**, masc. Agente designado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o exercício de funções de monitoramento em operadora, na qual tenha sido instaurado regime de direção fiscal, propondo medidas saneadoras em face das anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras detectadas. Nota: nessa tarefa não estão incluídos poderes de gestão.

**Diretor técnico**, masc. Agente designado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o exercício em operadora na qual tenha sido instaurado regime de direção técnica de funções de monitoramento, propondo medidas saneadoras em face das anormalidades administrativas detectadas. Nota: nessa tarefa não estão incluídos poderes de gestão.

**Diretoria Colegiada**, fem. Grupo diretivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) composto por até cinco diretores, sendo um deles seu diretor-presidente. Nota: seus principais objetivos são: exercer a administração da ANS; editar normas sobre matérias de competência dessa instituição; aprovar o regimento interno dessa Agência e definir a área de atuação de cada diretor; cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar; elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades; julgar, em grau de recurso, as decisões dos diretores, mediante provocação dos interessados; e encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

**Diretoria de Desenvolvimento Setorial**, fem. Sin. *Dides*. Unidade da estrutura organizacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que compõe a diretoria colegiada. É responsável por propor normas e diretrizes para o constante aperfeiçoamento estrutural do setor de Saúde Suplementar. Notas: i) As atribuições da Dides são: 1) coordenar a integração da saúde suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS); 2) desenvolver sistemas de informação destinados à melhoria da gestão de operadoras de planos de saúde; 3) produzir e gerenciar informações institucionais na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 4) incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde suplementar; 5) disseminar modelos assistenciais de comprovado sucesso; 6) acompanhar os padrões de trocas de informações entre operadoras e prestadores de serviço do mercado; 7) estimular a competição no setor; 8) avaliar tecnologias empregadas na saúde suplementar e 9) monitorar a atividade dos prestadores de serviços de saúde. ii) Conforme Resolução Normativa da ANS n.º 176, de 24 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 4 de novembro de 2008, e alterações. Ver *Diretoria Colegiada*.

**Diretoria de Fiscalização**, fem. Sin. *Difis*. Unidade da estrutura organizacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que compõe a diretoria colegiada. É responsável por assegurar o cumprimento da Lei dos Planos de Saúde e as demais normas regulamentares, mediante a aplicação de penalidades por infrações cometidas pelas operadoras, por promover ações proativas de fiscalização, por induzir práticas corretas no mercado e por realizar articulação com entidades e órgãos de defesa do consumidor para sua eficaz proteção. Notas: i) Os Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (Nurafs) compõem a estrutura organizacional da Diretoria de Fiscalização. ii) Conforme Resolução Normativa da ANS n.º 176, de 24 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 4 de novembro de 2008, e alterações. Ver *Diretoria Colegiada*.

**Diretoria de Gestão**, fem. Sin. *Diges*. Unidade da estrutura organizacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que compõe a diretoria colegiada. É responsável por desenvolver e implementar políticas, ações e projetos inovadores na área de gestão para fortalecer e otimizar a capacidade de governo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Notas: i) A *Diges* também é responsável por promover a articulação e o acompanhamento institucionais, a partir da organização estratégica das informações e da utilização de tecnologias de informação e de comunicação que propiciem a difusão do conhecimento e o gerenciamento de processos. ii) Conforme Resolução Normativa da ANS n.º 176, de 24 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 4 de novembro de 2008, e alterações. Ver *Diretoria Colegiada*.

**Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras**, fem. Sin. *Diope*. Unidade da estrutura organizacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que compõe a diretoria colegiada. É responsável por planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de autorização de funcionamento, qualificação, acreditação, acompanhamento econômico-financeiro e os regimes especiais de direção técnica e fiscal e liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Notas: i) A *Diope* também é responsável por: a) propor diretrizes para a saúde suplementar sobre contabilidade, estatística, dados atuariais (reservas e provisões), critérios de constituição de garantia de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, parâmetros de capital e patrimônio líquido, criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos de proteção ao consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência das operadoras e procedimentos de recuperação financeira delas; b) aprovar a viabilidade das premissas econômico-financeiras das propostas de saneamento apresentadas pelas operadoras no curso do regime de direção fiscal; c) analisar a



viabilidade das propostas de planos de recuperação, monitorar a execução dos planos aprovados e rever as metas estabelecidas em casos específicos; d) promover visitas técnicas nas operadoras; e) registro, classificação e cancelamento das operadoras; f) analisar e autorizar as operações de reestruturação societária nas operadoras; g) inabilitação para o exercício de cargos diretivos nas operadoras quando não observadas as exigências constantes nos normativos relativos à matéria; h) realizar estudos econômico-financeiros do mercado. ii) Conforme Resolução Normativa da ANS n.º 176, de 24 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 4 de novembro de 2008, e alterações. Ver *Diretoria Colegiada*.

**Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos**, fem. Sin. *Dipro*.

Unidade da estrutura organizacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que compõe a diretoria colegiada. É responsável pelas atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde. Nota: conforme Resolução Normativa da ANS n.º 176, de 24 de outubro de 2008, publicada no Diário Oficial da União de 4 de novembro de 2008, e alterações. Ver *Diretoria Colegiada*.

**Disque ANS**, masc. Serviço de atendimento telefônico por ligação gratuita no qual o cidadão pode esclarecer dúvidas sobre saúde suplementar, efetuar queixas ou apresentar denúncias à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota: o número do Disque ANS é 0800 701 9656.

**DLP**, fem. ⇒ *Doença ou lesão preexistente*.

**Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Plano de Saúde**, masc. Sin. *Diops*. Conjunto de dados cadastrais e econômico-financeiros enviados trimestralmente pelas operadoras

à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota: tem por objetivos: padronizar e informatizar dados cadastrais e contábeis; agilizar o acompanhamento de cada uma das operadoras; e subsidiar a ANS com dados econômico-financeiros para avaliação do mercado de saúde suplementar.

**Doença ou lesão preexistente**, fem. Sin. *DLP*. Enfermidade e/ou patologia que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Notas: i) No ato da contratação, o beneficiário fica obrigado a informar à operadora, quando expressamente solicitado por meio da declaração de saúde, as doenças ou lesões preexistentes de que saiba ser portador. ii) A omissão da informação é considerada fraude e poderá acarretar a suspensão ou rescisão do contrato após o julgamento por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



**Emergência**, fem. Situação que implica risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente. Nota: no caso da saúde suplementar, a assistência será garantida de acordo com a segmentação contratada e o tempo de carência já cumprido. O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de procedimentos de emergência, limitada até as primeiras 12 horas do atendimento. O plano hospitalar deverá oferecer cobertura para internação, desde a admissão do beneficiário até a sua alta. Quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora. O plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverá garantir os atendimentos de emergência quando se referirem ao processo gestacional. Nesses planos, em período de carência, a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas para o plano ambulatorial. O plano referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para emergência. Nos planos hospitalares e no plano referência, que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para plano ambulatorial.

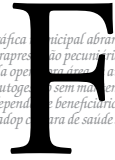
**ENB**, masc. ⇒ *Exposto não beneficiário*.

**Entrevista qualificada**, fem. Orientação ao beneficiário, gratuita por direito, realizada por médico (credenciado e/ou referenciado pela operadora) antes da contratação do plano, para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, na qual são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. Nota: a entrevista também pode ser por médico da escolha do beneficiário, que nesse caso arcará com o custo. Ver *Declaração de saúde*.

**Evento indenizável**, masc. Ver sin. *Despesa assistencial*.

**Exclusão de cobertura assistencial**, fem. Situação na qual, de acordo com a legislação e o contrato, procedimentos de saúde não são de cobertura obrigatória pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

**Exposto não beneficiário**, masc. Sin. *ENB*. É a condição do beneficiário em relação à operadora que presta majoritariamente sua assistência à saúde, caso possua contrato de plano privado de assistência à saúde com uma operadora.



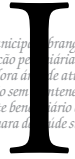
**Filantropia**, fem. Modalidade na qual é classificada a operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos que opera planos de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde.*

**FIP ANS**, masc. ⇒ *Formulário de Informações Periódicas da ANS.*

**Formulário de Informações Periódicas da ANS**, masc. Sin. *FIP ANS.* Documento que apresenta informações cadastrais e econômico-financeiras a serem preenchidas e enviadas mensalmente pelas seguradoras especializadas em saúde para consolidação e análise na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota: a partir de 2007, as seguradoras especializadas em saúde que enviavam FIP ANS passaram a enviar Diops. O termo FIP já é utilizado pelas sociedades seguradoras reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep).

**Franquia**, fem. Mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. Nota: a franquia é paga pelo beneficiário diretamente ao prestador de serviço.

**Garantias financeiras**, fem. pl. Conjunto de exigências a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde para manutenção do seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando os riscos de insolvência. Nota: as regras preveem a observância de recursos próprios mínimos, dependência operacional e constituição de provisões técnicas. Antes da Resolução Normativa ANS n.º 160, de 3 de julho de 2007, a norma que disciplinava as garantias financeiras era a Resolução de Diretoria Colegiada ANS n.º 77, de 17 de julho de 2001.



**IDI**, masc. ⇒ *Índice de Desempenho Institucional*.

**IDSS**, masc. ⇒ *Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora*.

**Impugnação ao ressarcimento ao SUS**, fem. Petição por meio da qual uma operadora de plano privado de saúde pleiteia, em processo administrativo de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), a anulação ou a retificação de identificação de atendimento pelo SUS a beneficiário de plano privado de assistência à saúde, nos termos do artigo 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Nota: a impugnação poderá ser administrativa ou técnica. Ver *Ressarcimento ao SUS*.

**Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora**, masc. Sin. *IDSS*. Medida de análise de desempenho que avalia a eficiência das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Notas: i) É componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. ii) É calculado a partir do resultado obtido nos indicadores criados, agrupados, por suas características, em quatro dimensões. Nesse cálculo, são utilizadas as informações sobre beneficiários, produtos e situação econômico-financeira encaminhadas pelas próprias operadoras para os sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentro de cada período analisado (12 meses), bem como as informações apuradas em processos administrativos sancionadores.

**Índice de Desempenho Institucional**, masc. Sin. *IDI*. Medida de análise de desempenho que avalia a atuação da Agência Nacio-

nal de Saúde Suplementar (ANS) na produção de processos que cumpram sua missão institucional. Notas: i) É componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. ii) Obtido a partir da aferição de um conjunto de indicadores que refletem ações e processos estratégicos da ANS.





# M

abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de carteira de plano de saúde administradora de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
beneficiário titular de plano de saúde beneficiário de plano de saúde beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
procedimento de saúde aviso de beneficiário titular de plano de saúde cadastro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Mecanismos de regulação**, masc. pl. Meios e recursos administrativos e/ou financeiros previstos em normativo legal que podem ser utilizados pelas operadoras para gerenciamento da prestação de ações e serviços de saúde. Notas: i) Esses mecanismos têm a finalidade de controlar, regular a demanda ou a utilização pelos beneficiários dos serviços cobertos nos planos de saúde realizados pelas operadoras, expressos no contrato. ii) São recursos previstos em contrato que possibilitam a operadora controlar a demanda ou a utilização de serviços prestados e informar clara e previamente ao beneficiário no material publicitário, no contrato e no livro da rede de serviços, os mecanismos de regulação adotados e todas as condições de cada modalidade.

**Medicina de grupo**, fem. Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades: administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde. Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde.*

**Migração de contrato**, fem. Ação do beneficiário titular ao trocar seu plano de saúde, contratado até 1.º de janeiro de 1999, assinando novo contrato, na mesma operadora, de plano registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e em conformidade com as normas que regulam o setor de Saúde Suplementar.

**Modalidade de operadora**, fem. Classificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde de acordo com suas peculiaridades. Nota: as operadoras são classificadas nas seguintes modalidades: administradora; autogestão; cooperativa médica; cooperativa odontológica; filantropia; medicina de grupo; odontologia de grupo ou seguradora especializada em saúde. Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de grupo; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde.*

abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de carteira plano de saúde administradora de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
tificação ativos garantidores autogestão não patrocinada autogestão patrocinada autogestão por rfi autogestão sem mantenedor autorização de funcionamento de operadora  
procedimento de saúde aviso de beneficiário beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
ários de plano privado de assistência à saúde registro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Nota técnica atuarial de provisão técnica**, fem. Sin. *NTAP*. Documento elaborado por atuário, legalmente habilitado, no qual são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da provisão técnica a que se refere.

**Nota técnica de registro de produtos**, fem. Sin. *NTRP*. Documento elaborado por atuário, legalmente habilitado, no qual são descritas as formulações e observações necessárias ao cálculo da formação dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde. Nota: é requisito para obtenção de registro do plano privado de assistência à saúde junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), exceto para planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica contratante.

**NTAP**, fem. ⇒ *Nota técnica atuarial de provisão técnica*.

**NTRP**, fem. ⇒ *Nota técnica de registro de produtos*.

**Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização**, masc. Sin. *Nuraf*. Instância responsável pelo atendimento aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, pela realização de diligências fiscalizatórias decorrentes de denúncias recebidas, pelo julgamento em primeira instância administrativa dos processos administrativos sancionadores e pela coordenação das atividades das Unidades Estaduais de Fiscalização. Notas: i) Os Nurafs possuem as seguintes circunscrições territoriais: Nuraf Bahia: estados da Bahia e de Sergipe; Nuraf Ceará: estados do Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte; Nuraf Distrito Federal:

Distrito Federal, estados de Goiás e do Tocantins; Nuraf Mato Grosso: estados do Acre, do Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul e de Rondônia; Nuraf Minas Gerais: estados do Espírito Santo e de Minas Gerais, com exceção das mesorregiões pertencentes ao Nuraf Ribeirão Preto/SP e seus respectivos municípios, segundo classificação do IBGE; Nuraf Pará: estados do Amapá, do Amazonas, do Pará e de Roraima; Nuraf Paraná: estados do Paraná e de Santa Catarina; Nuraf Rio Grande do Sul: Estado do Rio Grande do Sul; Nuraf Pernambuco: estados de Alagoas, da Paraíba e de Pernambuco; Nuraf Ribeirão Preto/SP: mesorregiões do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Sul/Sudoeste de Minas Gerais, Araçatuba, Araraquara, Assis, Bauru, Marília, Piracicaba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, segundo classificação do IBGE; Nuraf Rio de Janeiro: Estado do Rio de Janeiro; Nuraf São Paulo: Estado de São Paulo, com exceção das mesorregiões pertencentes ao Nuraf Ribeirão Preto/SP e seus respectivos municípios, segundo classificação do IBGE. ii) Os municípios integrantes dos estados de São Paulo e de Minas Gerais não abrangidos pela classificação pertencem às circunscrições, respectivamente, do Nuraf SP e Nuraf MG. iii) Os Nurafs fazem parte da estrutura organizacional da Diretoria de Fiscalização.

**Nuraf**, masc. ⇒ *Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização*.

abrangência geográfica estadual abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de contrato de plano de saúde administradora de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar agravado de contraprestação pecuniária ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
classificação ativas garantidas autogestão autogestão sem mantenedor autogestão não patrocinada autogestão patrocinada autogestão por rfi autogestão sem mantenedor autorização de funcionamento de operadora  
procedimento de saúde do beneficiário identidade do beneficiário beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
beneficiários de plano privado de assistência à saúde cadastro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Odontologia de grupo, fem.** Modalidade na qual é classificada uma operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera exclusivamente planos odontológicos. Nota: excetuam-se as classificadas na modalidade cooperativa odontológica. Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Seguradora especializada em saúde.*

**Oferta pública de carteira, fem.** Disponibilização ao mercado das referências operacionais e do cadastro de beneficiários das operadoras de planos de assistência à saúde, para que sejam oferecidos novos contratos em condições especiais aos beneficiários da operadora na qual a liquidação extrajudicial poderá ser decretada. Nota: nessa modalidade, a operadora autorizada a ofertar os novos contratos tem a obrigatoriedade de manter as condições estabelecidas no Edital de Oferta Pública, como por exemplo: não alegação de doença ou lesão preexistente e aceitação das carências cumpridas. Ver *Carteira de planos de saúde.*

**Operadora, fem.** Ver sin. *Operadora de plano privado de assistência à saúde.*

**Operadora de plano de saúde, fem.** Ver sin. *Operadora de plano privado de assistência à saúde.*

**Operadora de plano privado de assistência à saúde, fem.** Sin. *Operadora; Operadora de plano de saúde.* Pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperati-

va, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. Nota: esse termo é o formalmente preferido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ver *Modalidade de operadora*.

# P

abrangência geográfica estadual abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de contrato de plano de saúde administradora de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar agravado de contraprestação pecuniária ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira ans área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
identificado ativos garantidores autogestão autogestão com mantenedor autogestão não patrocinada autogestão patrocinada autogestão por rfi autogestão sem mantenedor autorização de funcionamento de operadora  
procedimento de saúde aviso de benefício beneficiário beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
planos de plano privado de assistência à saúde cadastro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Participante de plano privado de assistência à saúde**, masc. Ver sin. *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde.*

**Piac**, masc. ⇒ *Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos.*

**Plano**, masc. Ver sin. *Plano privado de assistência à saúde.*

**Plano ambulatorial**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende os atendimentos e procedimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos. Nota: não inclui internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas, ou serviços como de recuperação pós-anestésica, unidade de tratamento intensivo (UTI), centro de tratamento intensivo (Cetin) e similares. Ver *Plano privado de assistência à saúde.*

**Plano coletivo**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende a assistência à saúde de contratação coletiva oferecida por operadora de plano privado de assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por emprego, associação ou sindicato. Nota: o plano de saúde pode ser empresarial ou por adesão. Ver *Plano privado de assistência à saúde.*

**Plano coletivo empresarial**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende a assistência à saúde de contratação coletiva oferecida por operadora de plano privado de assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica,



que tem como característica a adesão automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica contratante, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta do grupo. Notas: i) a garantia de assistência poderá incluir os dependentes legais da massa populacional vinculada. ii) O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano coletivo por adesão**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende a assistência à saúde de contratação coletiva oferecida por operadora de plano privado de assistência à saúde à massa populacional vinculada a uma pessoa jurídica por emprego, associação ou sindicato que tem como característica a adesão apenas espontânea e opcional de empregados, associados ou sindicalizados. Nota: a garantia de assistência poderá incluir os dependentes legais da massa populacional vinculada, desde que prevista em contrato. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano de assistência à saúde**, masc. Ver sin. *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano de destino**, masc. Plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências. Ver *Portabilidade de carências*.

**Plano de origem**, masc. Plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências. Ver *Portabilidade de carências*.

**Plano de recuperação**, masc. Documento que a operadora deve submeter à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para análise, aprovação e acompanhamento, no qual constem propostas de ações e programas a serem implementados, com prazos e

metas definidos, que visem a sua recuperação econômico-financeira. Nota: poderá ser requisitado pela ANS sempre que detectados problemas de natureza econômico-financeira nos termos previstos em regulamentação específica.

**Plano de saúde**, masc. Ver sin. *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano hospitalar com obstetrícia + odontológico**, masc. Ver *Plano hospitalar com obstetrícia; Plano odontológico*.

**Plano hospitalar com obstetrícia**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende a cobertura assistencial no segmento hospitalar acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e a cobertura do recém-nascido, bem como o direito de sua inclusão no plano sem cumprimento de carências. Nota: o plano hospitalar com obstetrícia garante também a cobertura da assistência do recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida, bem como sua inscrição no plano, como dependente, isento do cumprimento de carências desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano hospitalar sem obstetrícia + odontológico**, masc. Ver *Plano hospitalar sem obstetrícia; Plano odontológico*.

**Plano hospitalar sem obstetrícia**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende o atendimento em unidade hospitalar, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso II do artigo 5.º, da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) n.º 10, publicada no DOU n.º 211, de 4 de novembro de 1998, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme resolução específica do Consu sobre urgência e emergência. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano hospitalar**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, não incluindo procedimentos ambulatoriais, excetuando-se apenas procedimentos especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em ambiente hospitalar e listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nota: o plano hospitalar pode ser com ou sem obstetrícia. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano individual ou familiar**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende a assistência à saúde de contratação individual oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para a livre adesão de pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano novo**, masc. Plano privado de assistência à saúde comercializado a partir de 2 de janeiro de 1999, com a vigência da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Ver *Contrato de plano privado de assistência à saúde*; *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano odontológico**, masc. Plano privado de assistência à saúde que compreende todos os procedimentos realizados em consultório odontológico. Nota: estão incluídos nesse plano exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Plano privado de assistência à saúde**, masc. Sin. *Plano*; *Plano de assistência à saúde*; *Plano de saúde*; *Produto*. Contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, e 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. Notas: i) Os profissionais e serviços são livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e/ou odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do beneficiário de plano privado de assistência à saúde. ii) Esse termo é o formalmente preferido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ver *Cobertura assistencial do plano privado de assistência à saúde; Contrato de plano privado de assistência à saúde*.

**Plano referência**, masc. Plano privado de assistência à saúde com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia em acomodação enfermaria. Notas: i) Compreende-se como assistência hospitalar, partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no artigo 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. ii) Esse plano tem a cobertura mínima estabelecida pela Lei n.º 9.656 e garante atendimento integral às urgências e emergências após 24 horas da contratação. Ver *Plano privado de assistência à saúde*.

**Política de Qualificação da Saúde Suplementar**, fem. Conjunto de princípios e diretrizes que norteiam uma nova perspectiva de regulação do setor de Saúde Suplementar com ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos – operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador –, de modo a qualificar o funcionamento desse setor. Notas: i) A perspectiva é de uma regulação indutora, que promova o fortalecimento de novas práticas de ges-

tão e transformações do modelo assistencial. ii) Visa à construção de um setor cujo principal interesse seja a produção da saúde, com a realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, embasadas nos princípios de qualidade, integralidade e resolutividade.

**Portabilidade**, fem. Ver sin. *Portabilidade de carências*.

**Portabilidade de carências**, fem. Sin. *Portabilidade*. Contratação de um plano privado de assistência à saúde com registro de produto na ANS na mesma ou em outra operadora, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n.º 9.656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária. Nota: a portabilidade de carências foi instituída pela Resolução Normativa ANS n.º 186, de 14 de janeiro de 2009, complementada pela Instrução Normativa n.º 19, de 3 de abril de 2009. Ver *Carência de plano privado de assistência à saúde*.

**Prazo de permanência**, masc. Período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências com base na regra de portabilidade de carências prevista no artigo 3.º da Resolução Normativa ANS n.º 186, de 14 de janeiro de 2009. Ver *Portabilidade de carências*.

**Produto**, masc. Ver sin. *Plano privado de assistência à saúde*.

**Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos**, masc. Sin. *Piac*. Programa instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que teve a finalidade de estimular a adequação dos

contratos de planos privados de assistência à saúde, firmados até 1.º de janeiro de 1999, às regras operacionais e garantias instituídas pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Notas: i) O programa consistia na apresentação, pelas operadoras a seus beneficiários, de condições especiais para adaptação ou migração de contrato. ii) O programa foi instituído pela Resolução Normativa ANS n.º 64, de 22 de dezembro de 2003, e foi encerrado em 10 de setembro de 2004.

**Programa de Qualificação da Saúde Suplementar**, masc. Diretriz da Política de Qualificação da Saúde Suplementar que avalia o setor de Saúde Suplementar, possibilitando à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o monitoramento do desempenho institucional e das operadoras. Nota: fazem parte do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar os componentes: qualificação das operadoras e qualificação institucional.

**Programa Olho Vivo**, masc. Projeto de fiscalização de caráter proativo, sistemático e planejado, cujo objetivo é a crescente adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde à legislação que regula o setor de Saúde Suplementar.

**Programa Parceiros da Cidadania**, masc. Programa de relacionamento institucional que constrói parcerias entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), diversos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e a sociedade civil organizada a fim de desenvolver ações para fortalecer a consciência dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde sobre seus direitos e deveres em suas relações de consumo de planos de saúde.

**Provisões técnicas**, fem. pl. Montante a ser contabilizado em contas do balanço patrimonial da operadora de plano privado de assis-

tência à saúde, com o objetivo de dimensionar as suas obrigações futuras decorrentes de riscos ocorridos ou não, possibilitando a avaliação adequada das suas responsabilidades, previstas nas normas aplicáveis. Nota: o correto dimensionamento possibilita avaliar adequadamente as responsabilidades das operadoras.

R

abrangência geográfica estadual abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de carteira de plano de saúde administradora de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar agravo de contraprestação pecuniária ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
beneficiário ativo garantidor beneficiário autogestão com mantenedor autogestão não patrocinada autogestão patrocinada autogestão por RH autogestão sem mantenedor autorização de funcionamento de operadora  
procedimento de saúde avisado beneficiário beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
ários de plano privado de assistência à saúde cadastro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Recuperação de despesa assistencial**, fem. Valor total, expresso em Reais, das despesas assistenciais recuperadas pela operadora de plano privado de assistência à saúde em função de coparticipação dos beneficiários e seguro, cosseguro ou resseguro contratados com sociedades seguradoras ou resseguradoras.

**Recursos próprios mínimos**, masc. pl. Regras de exigência de patrimônio que deverão ser observadas a qualquer tempo pela operadora de plano privado de assistência à saúde.

**Rede assistencial**, fem. Ver sin. *Rede prestadora de serviços de saúde*.

**Rede prestadora de serviços de saúde**, fem. Sin. *Rede assistencial*. Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

**Reembolso de despesa assistencial**, masc. Ressarcimento das despesas assistenciais efetuadas pelo beneficiário junto ao prestador de serviço, de acordo com o estabelecido no contrato do plano privado de assistência à saúde.

**Região de atuação**, fem. Área onde a operadora de plano privado de assistência à saúde comercializa ou disponibiliza seu plano. Notas: i) Refere-se à região onde a operadora possui esforço de



venda de seus planos ou localidade onde possui um representante de venda (corretor, representante comercial, agente de venda de plano ou assemelhado) ou, ainda, localidade onde esse representante está autorizado a realizar a venda dos produtos da operadora. ii) No caso das autogestões, delimita-se apenas a área onde a operadora pode disponibilizar seus produtos. Ver *Região de comercialização*.

**Região de comercialização**, fem. Sin. *Área de atuação de operadora*. Localidades onde as autogestões disponibilizam e as demais operadoras comercializam seus planos privados de assistência à saúde. Ver *Região de atuação*.

**Regime especial**, masc. Procedimento administrativo, de caráter interveniente, instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em operadora de plano privado de assistência à saúde com a finalidade de corrigir anormalidades administrativas e/ou econômico-financeiras de naturezas graves que possam vir a colocar em risco a qualidade e a continuidade do atendimento à saúde, ou, no caso da liquidação extrajudicial, encerrar as suas atividades. Nota: o regime especial previsto, de direção fiscal ou direção técnica, deve seguir regulamentação específica e pode ter instauração cumulativa, com prazo legal máximo de 365 dias a contar da data de sua instauração, podendo ser encerrado por afastamento da anormalidade ou do conjunto de anormalidades que lhe deu origem, pela decretação da liquidação extrajudicial da operadora ou pelo cancelamento do registro de operadora na ANS. Ver *Regime especial de direção fiscal*; *Regime especial de direção técnica*; *Regime especial de liquidação extrajudicial*.

**Regime especial de direção fiscal**, masc. Regime especial que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instaura numa operadora de plano privado de assistência à saúde quando verifica a ocorrência de uma ou mais anormalidades administra-

tivas e/ou econômico-financeiras, de natureza grave. Notas: i) Esse regime especial é mantido pelo prazo legal máximo de 365 dias a contar da data de sua instauração. ii) Seu objetivo é evitar o risco à continuidade ou à qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Ver *Regime especial*.

**Regime especial de direção técnica**, masc. Regime especial que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instaura numa operadora de plano privado de assistência à saúde quando verifica a ocorrência de anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde. Nota: nesse caso, não haverá prejuízo de outras hipóteses que venham a ser identificadas pela ANS, e esse critério será mantido pelo prazo legal máximo de 365 dias a contar da data de sua instauração. Ver *Regime especial*.

**Regime especial de liquidação extrajudicial**, masc. Regime especial em que ocorre a dissolução compulsória de operadora de plano privado de assistência à saúde, decretado em face da existência, em caráter irreversível, de anormalidades administrativas ou econômico-financeiras graves que inviabilizem a continuidade da operadora. Ver *Regime especial*.

**Registro de operadora de plano privado de assistência à saúde**, masc. Autorização concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão para operação no setor de Saúde Suplementar como operadora de plano privado de assistência à saúde. Notas: i) A obtenção do registro da operadora requer que a pessoa jurídica envie correspondência contendo a solicitação de registro da operadora e a documentação exigida para a Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS). ii) Após a obtenção do registro, a operadora poderá iniciar o processo para solicitação de registro dos produtos que pretende comercializar e apresentar o plano de negócios para obter a autorização de funcionamento. Ver *Registro de plano privado de assistência à saúde; Registro provisório de operadora*.

**Registro de plano privado de assistência à saúde**, masc. Sin. *Registro de produto*. Autorização concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao plano privado de assistência à saúde que atenda às exigências estabelecidas por disposição legal específica para comercialização pelas operadoras registradas na ANS. Ver *Registro de operadora de plano privado de assistência à saúde*.

**Registro de produto**, masc. Ver sin. *Registro de plano privado de assistência à saúde*.

**Registro provisório de operadora**, masc. Autorização provisória concedida à pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão para operação no setor de Saúde Suplementar como operadora de plano privado de assistência à saúde. Notas: i) A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) emite o registro provisório de funcionamento até a conclusão da regulamentação de todas as normas necessárias à obtenção da autorização de funcionamento prevista no artigo 8.º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. ii) Quando do atendimento a todos os requisitos instituídos em norma específica, a operadora passará a ter concedida a autorização de funcionamento. iii) A operadora que não atender a essa norma não poderá mais atuar como operadora de planos privados de assistência à saúde. Ver *Registro de operadora de plano privado de assistência à saúde*.

**Registro provisório de produto**, masc. Autorização de comercialização e operação de plano privado de assistência à saúde, de caráter provisório, que era concedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 7 de dezembro de 2004.

**Reparação espontânea e imediata**, fem. Ver *Reparação voluntária e eficaz*. Nota: esse termo deixou de ser utilizado formalmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Reparação voluntária e eficaz**, fem. Ação reparatória de todos os danos ou prejuízos causados por conduta infrativa, comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração, que importe em cumprimento útil da obrigação. Nota: o termo reparação espontânea e imediata foi substituído por reparação voluntária e eficaz com a alteração do artigo 11 da Resolução Normativa ANS n.º 48, de 19 de setembro de 2003, promovida pelo artigo 2.º da Resolução Normativa ANS n.º 142, de 21 de dezembro de 2006.

**Representação contra a operadora**, fem. Procedimento instruído pela área técnica responsável da ANS, no momento da constatação da ocorrência de indícios de infração à legislação de saúde suplementar. Nota: a consequência dessa representação é a instauração de processo administrativo sancionador.

**Ressarcimento ao SUS**, masc. É a restituição dos custos, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos e prestados a seus beneficiários e dependentes, em instituições públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, integrantes do SUS, cuja cobrança é realizada por meio de procedimento administrativo da ANS. Nota: esse ressarcimento se dá conforme o

artigo 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Ver *Impugnação de ressarcimento ao SUS; Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos*.

**Revisão técnica de produto**, fem. Correção de desequilíbrios exacerbados constatados nos planos privados de assistência à saúde, que, em princípio, fogem a área da normalidade, mediante reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias, mantidas as condições gerais do contrato.

**Rol de procedimentos e eventos em saúde**, masc. Cobertura mínima obrigatória que deve ser garantida por operadora de plano privado de assistência à saúde de acordo com a segmentação contratada do plano privado de assistência à saúde contratado. Notas: i) Atualizado e publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), lista os procedimentos obrigatórios para os planos contratados após 2 de janeiro de 1999 e para os planos adaptados à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. ii) Até 10 de janeiro de 2008, era chamado de Rol de Procedimentos Médicos e Odontológicos.

**Rol de Procedimentos Médicos e Odontológicos**, masc. Ver *Rol de procedimentos e eventos em saúde*. Nota: esse termo deixou de ser utilizado formalmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**RPS**, masc. ⇒ *Sistema de Registro de Plano de Saúde*.

S  
abrangência geográfica estadual abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de plano de saúde administrador de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar ajuste técnico de contraprestação pecuniária ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira ans área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
identificado ativos garantidores autogestão autogestão com mantenedor autogestão não patrocinada autogestão patrocinada autogestão por rfi autogestão sem mantenedor autorização de funcionamento de operadora  
procedimento de saúde ariso de beneficiário beneficiário beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
ários de plano privado de assistência à saúde cadastro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Saúde suplementar**, fem. Sin. *Assistência suplementar da saúde*. No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público. Notas: i) Conforme artigo 197 da Constituição Federal de 1988. ii) Conforme marco regulatório: Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

**SDCOL**, masc. ⇒ *Sistema de Apoio à Diretoria Colegiada*.

**Segmentação assistencial de plano privado de assistência à saúde**, fem. Assistência contratada pelo beneficiário. Ver *Cobertura assistencial ambulatorial; Cobertura assistencial de referência; Cobertura assistencial de plano privado de assistência à saúde; Cobertura assistencial hospitalar com obstetrícia; Cobertura assistencial hospitalar sem obstetrícia; Cobertura assistencial odontológica*.

**Segurado**, masc. Ver sin. *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde*.

**Seguradora especializada em saúde**, fem. Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro. Nota: para fins da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, enquadra-se o seguro saúde

como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano privado de assistência à saúde. Ver *Administradora de planos de saúde; Autogestão; Cooperativa médica; Cooperativa odontológica; Filantropia; Medicina de grupo; Modalidade de operadora; Odontologia de grupo; Operadora de plano privado de assistência à saúde; Plano privado de assistência à saúde.*

**Siadi**, masc. ⇒ *Sistema de Avaliação de Desempenho Individual da ANS.*

**SIB**, masc. ⇒ *Sistema de Informações de Beneficiários.*

**Sinistro**, masc. Ver sin. *Despesa assistencial.*

**SIP**, masc. ⇒ *Sistema de Informação dos Produtos.*

**Sistema de Apoio à Diretoria Colegiada**, masc. Sin. *SDCOL.* Método empregado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para apoiar o processo decisório da Diretoria Colegiada.

**Sistema de Avaliação de Desempenho Individual da ANS**, masc. Sin. *Siadi.* Sistema informatizado que registra os resultados da avaliação de desempenho individual dos servidores do quadro efetivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Sistema de Informação dos Produtos**, masc. Sin. *SIP.* Sistema informatizado de coleta e tratamento de dados, com emissão de relatórios gerenciais de acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários e para análise do equilíbrio econômico, financeiro e atuarial dos planos privados de assistência à saúde.

**Sistema de Informações de Beneficiários**, masc. Sin. *SIB*. Sistema informatizado que coleta, processa e armazena os dados do cadastro de beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

**Sistema de Registro de Plano de Saúde**, masc. Sin. *RPS*. Aplicativo para solicitação, habilitação e manutenção da autorização de comercialização de plano privado de assistência à saúde.





## **Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos**, fem.

Sin. *Tunep*. Relação que contém os valores dos eventos em saúde a serem ressarcidos por operadora de plano privado de assistência à saúde em relação aos serviços prestados a seus beneficiários pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ver *Ressarcimento ao SUS*.

## **Taxa de Saúde Suplementar**, fem. Sin. *TSS*. Tributo cuja obriga-

ção tem por fato gerador o exercício do poder de polícia regularmente atribuído à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), conforme artigo 18 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Notas: i) Essa taxa representa uma das principais fontes de receita da ANS, garantindo sua autonomia financeira. ii) Deve ser recolhida pelas pessoas jurídicas definidas como operadoras de planos privados de assistência à saúde, conforme inciso II, do artigo 1.º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, sendo devida em razão da comercialização de plano privado de assistência à saúde; do registro de produto; do registro de operadora; da alteração de dados referente ao produto e do pedido de reajuste de contraprestação pecuniária.

## **Termo de garantia financeira**, masc. Instrumento por meio do

qual o mantenedor obriga-se a garantir os riscos decorrentes da operação de uma autogestão. Nota: a autogestão com autorização de funcionamento que possui termo de garantia financeira é também chamada de autogestão com mantenedor, sendo mantenedor a pessoa jurídica vinculada à autogestão que se responsabiliza pelos seus riscos operacionais. Ver *Autogestão com mantenedor*.

**Tipo**, masc. Classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na abrangência geográfica e segmentação assistencial. Nota: essa classificação se dá conforme disposto no Anexo da Resolução Normativa ANS n.º 186, de 14 de janeiro de 2009. Ver *Portabilidade de carências*; *Tipo compatível*.

**Tipo compatível**, masc. Tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de abrangência geográfica, segmentação assistencial, tipo de contratação e faixa de preço. Nota: deve-se estar nos termos da Resolução Normativa ANS n.º 186, de 14 de janeiro de 2009. Ver *Portabilidade de carências*; *Tipo*.

**TISS**, fem. ⇒ *Troca de Informação em Saúde Suplementar*.

**Troca de Informação em Saúde Suplementar**, fem. Sin. *TISS*. Padrão para a troca de informação entre operadoras de plano privado e prestadores sobre o atendimento prestado aos beneficiários. Nota: o objetivo do padrão TISS é atingir a compatibilidade e interoperabilidade funcional e semântica entre os diversos sistemas independentes para fins de avaliação da assistência à saúde (caráter clínico, epidemiológico ou administrativo) e seus resultados, orientando o planejamento do setor de Saúde Suplementar.

**TSS**, fem. ⇒ *Taxa de Saúde Suplementar*.

**Tunep**, fem. ⇒ *Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos*.



**V**ida abrangência geográfica individual abrangência geográfica grupo de estados abrangência geográfica grupo de municípios abrangência geográfica municipal abrangência geográfica nacional acompanhamento  
operadora adaptação de contrato de plano de saúde administradora de planos de saúde agência nacional de saúde suplementar ajuste de contraprestação pecuniária ajuste técnico de contraprestação pecuniária  
de carteira alienação de carteira alienação parcial de carteira alienação total de carteira alienação voluntária de carteira área de atuação da operadora área de atuação do produto assistência suplementar da  
atuação de ativos garantidores de assistência autogestão com mantenedor autogestão não patrocinada autogestão patrocinada autogestão por rfi autogestão sem mantenedor autorização de funcionamento de operadora  
procedimento de saúde aviso de cancelamento beneficiário beneficiário de plano privado de assistência à saúde beneficiário dependente beneficiário exposto beneficiário não exposto beneficiário titular  
beneficiários de plano privado de assistência à saúde cadastro de operadoras de planos privados de assistência à saúde cadastro de operadoras cadop câmara de saúde suplementar câmara técnica carência de plano privado

**Vida, fem.** Ver *Beneficiário de plano privado de assistência à saúde*.

# Referências



ALMEIDA, G. M. B.; AUGUSTO, S. M.; OLIVEIRA, L. H. M. O método em terminologia: revendo alguns procedimentos. In: ISQUIERDO, A. N.; ALVES, I. M. (Org.). *As ciências do léxico: lexicologia, lexicografia, terminologia*. Campo Grande: UFMS; São Paulo: Humanitas, 2007. v. 3, p. 409-420.

BARROS, L. A. *Curso básico de terminologia*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno\\_informaca\\_12\\_2008.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoess/caderno_informaca_12_2008.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

CARVALHO, N. M. Terminologia e linguística: aspectos ideológicos, lexicográficos e metodológicos. In: SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE TERMINOLOGIA, 2., 1990, Brasília; ENCONTRO BRASILEIRO DE TERMINOLOGIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, 1., 1990, Brasília. *Anais...* Brasília: IBICT, 1992.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2002.

\_\_\_\_\_. Instrução normativa n.º 7, de 23 de setembro de 2008. Altera a Instrução Normativa n.º 6, de 21/11/2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 out. 2008. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1693&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1693&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Instrução normativa n.º 19, de 3 de abril de 2009. Dispõe sobre o detalhamento da Resolução Normativa – RN n.º 186, de 2009 e implementa a compatibilidade dos produtos e a faixa de preços para fins de portabilidade de carências. *Diário Oficial da*

*União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 abr. de 2009. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=06/04/2009&jornal=1&pagina=51&totalArquivos=192>>. Acesso em 15 de abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 1971. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5764.htm)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9656cosol.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656cosol.htm)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id\\_original=8](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 fev. 2001. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=472](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=472)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001. Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de



Planos de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 2001. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=128&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=128&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 44, de 24 de julho de 2003. Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jul. 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=367&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=367&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 48, de 19 de setembro de 2003. Dispõe sobre o processamento administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=363&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=363&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 64, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória n.º 148, de 15 dezembro de 2003. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=543&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=543&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 137, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 nov. 2006. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=137&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=137&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\_integra.asp?id=929&id\_original=0>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 142, de 21 de dezembro de 2006. Altera os artigos 8.º, 11, 27 e 28 da RN n.º 48, de 19 de setembro de 2003. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 2006. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=943&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=943&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 160, de 3 de julho de 2007. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jul. 2007. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1017&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1017&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 176, de 24 de outubro de 2008. Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2008. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1700&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1700&id_original=0)>. Acesso em: 19 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução normativa n.º 186, de 14 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2009. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1755&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1755&id_original=0)> Acesso em: 15 de abril de 2009.

FAULSTICH, E. L. J. Aspectos de terminologia geral e terminologia variacionista. *Revista do Centro Interdepartamental de Tradução e Terminologia*, São Paulo, v. 7, p. 11-40, 2001.

\_\_\_\_\_. Metodologia para projeto terminográfico. In: SIMPÓSIO LATINO-AMERICANO DE TERMINOLOGIA, 2., 1990, Brasília; ENCONTRO BRASILEIRO DE TERMINOLOGIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, 1., 1990, Brasília. *Anais...* Brasília: IBICT, 1992.

KRIEGER, M. G.; FINATTO, M. B. *Introdução à terminologia: teoria e prática*. São Paulo: Contexto, 2004.

WELKER, H. A. *Dicionários: uma pequena introdução à lexicografia*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Thesaurus, 2004.



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Home page:* <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, junho de 2009

OS 0505/2009