

## **ANEXO I**

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

Os instrumentos jurídicos (contrato, regulamento ou outra forma), que formalizem a relação da Operadora com beneficiários de Plano de Saúde, devem conter dispositivos sobre os temas a seguir relacionados, sempre que couber.

#### **I - QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA**

- a. Razão Social e Nome Fantasia se houver;
- b. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- c. Registro da operadora na ANS;
- d. Classificação da operadora na ANS;
- e. Endereço.

#### **II - QUALIFICAÇÃO DO CONTRATANTE**

- a. Pessoa Física ou seu Representante/Assistente:
  - i. Nome;
  - ii. Filiação;
  - iii. Data de nascimento;
  - iv. Inscrição no Cadastro de Pessoa Física;
  - v. Cédula de Identidade – Órgão Expedidor;
  - vi. Endereço.
- b. Pessoa Jurídica:
  - i. Razão Social e Nome Fantasia, se houver;
  - ii. CNPJ;
  - iii. Endereço.

#### **III - OBJETO DO CONTRATO**

Indicar de forma clara que o objeto é a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art.1º da Lei nº 9.656/98, visando a Assistência Médica, Hospitalar e/ou Odontológica.

#### **IV- NATUREZA DO CONTRATO**

Indicar a natureza do instrumento jurídico, definindo suas características de acordo com a legislação civil em vigor.

#### **V- NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS**

Indicação do nome comercial e previsão para número de registro do plano.

## **VI - TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE**

Indicação do Tipo de Contratação do plano de saúde na forma do item 3 do Anexo II da RN 100, de 2005.

## **VII - TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO DE SAÚDE**

Indicação da Segmentação Assistencial do plano de saúde na forma do item 2 do Anexo II da RN nº 100, de 2005.

## **VIII - ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE**

Indicação da Área Geográfica de Abrangência do plano de saúde na forma do item 4 do Anexo II da RN nº 100, de 2005.

- a. Especificação da área geográfica de abrangência em que a operadora obriga-se a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelos beneficiários.
- b. Previsão para indicação do(s) município(s) ou estado(s) disponíveis para cobertura na abrangência geográfica estabelecida, sendo vedada a utilização referências regionalizadas (ex.: "litoral sul", "região metropolitana").

## **IX - PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO**

Indicação do tipo de acomodação na forma do item 7 do Anexo II da RN nº 100, de 2005, com expressa indicação da garantia estabelecida no artigo 33 da Lei nº 9.656/98.

## **X - CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

- a) Definição das condições de admissão do contratante titular e seus dependentes como beneficiários do plano, com a fixação de prazos, se houver;
- b) Especificação dos critérios de elegibilidade, explicitando o direito do filho adotivo menor de doze anos de idade aproveitar carência cumprida pelo adotante (inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.656/98);

- c) Para os planos com cobertura obstétrica, explicitar o direito de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, com isenção de carência e de DLP desde que inscrito em até 30 dias após o parto ou adoção (artigo 12, inciso III da Lei n.º 9.656/98 c/c art.8º da Res. CONSU n.º 2/98).

## **XI - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS**

- a) Especificação das coberturas assistenciais contratadas, para todas as doenças do CID-10 (Art 10 da Lei n.º 9656/98) e todas as especialidades do Conselho Federal de Medicina, compreendendo o atendimento ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico, serviços auxiliares de diagnose e terapia, e atendimento odontológico, representando o somatório ou não das segmentações previstas no art. 12 da Lei n.º 9.656/98, e especificidades do artigo 10-A, Resoluções CONSU n.ºs 10/98, 11/98, 12/98, 13/98 e Rol de Procedimentos conforme normativo vigente .
- b) Indicar o direito à cobertura de despesas de acompanhante nas internações de menores de 18 anos e de 60 anos ou mais, conforme estipulado pela Lei n.º 9.656/98 e pelo Estatuto do Idoso respectivamente.
- c) Indicar o direito a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto no produto com cobertura obstétrica .

## **XII - EXCLUSÕES DE COBERTURA**

Especificação das exclusões de cobertura à assistência contratada, com vista ao disposto no artigo 10 da Lei 9.656/98 e Resolução CONSU n.º 10/98, respeitado as coberturas mínimas obrigatórias previstas no art. 12 da Lei n.º 9656/98 e no Rol de Procedimentos médicos e odontológicos editados pela ANS, dentro da segmentação assistencial à qual o contrato pertence.

## **XIII - VIGÊNCIA**

Especificação da data de início e vigência do instrumento jurídico, garantindo o prazo mínimo de 1 ano, para produto do regime de contratação individual/familiar, conforme estipulado pelo artigo 13 da Lei n.º 9.656/98.

Considerar-se-á para início de vigência contratual a data da assinatura da proposta de adesão, da assinatura do instrumento jurídico em si ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer primeiro, de forma a não haver prorrogação indevida dos prazos de carência admitidos pelo inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656/98.

#### **XIV - CONDIÇÕES DE RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA**

Indicar as condições de renovação do instrumento jurídico pertinente a cada tipo de contratação, sendo vedada a cobrança de taxa ou qualquer outro valor.

#### **XV - PERÍODOS DE CARÊNCIA**

Especificação de períodos de carência, se houver - consultas, exames, parto, internação, odontologia, demais serviços - conforme inciso V, art. 12 da Lei nº 9656/98 e Resolução CONSU nº 14/1998, para planos coletivos.

#### **XVI - DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES**

- a) Especificação das regras para o atendimento referente às doenças e lesões preexistentes, caracterizando a cobertura parcial temporária para internação cirúrgica, UTI, procedimentos de alta complexidade, indicados conforme o respectivo código do rol de procedimentos, seu respectivo prazo e a opção de agravo, cuja fórmula de cálculo deverá estar disponível para possível solicitação por parte da ANS.
- b) Especificação das obrigações e direitos do usuário, considerando as hipóteses de divergências médicas ou odontológicas, conforme o disposto na Resolução CONSU nº 2/98 e RN nº 55/03.

#### **XVII - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- a) Especificação das regras para os atendimentos de urgência e emergência, dentro de cada segmentação contratada, considerando-se as doenças e lesões preexistentes.
- b) Especificação, nos planos da segmentação referência que, após transcorridas as primeiras 24 horas, o consumidor estará coberto para todos os procedimentos, inclusive para aqueles que envolvam internação hospitalar.
- c) Garantia ao usuário do pagamento, por meio de reembolso, nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados ou credenciados, dentro da área geográfica de abrangência, conforme previsto no art. 12, inciso VI da Lei nº 9.656/98.
- d) Garantia de cobertura ao processo gestacional no plano de segmentação hospitalar com cobertura obstétrica em período carência ou mesmo sem cobertura obstétrica, nas mesmas condições previstas para plano ambulatorial.

## **XVIII - REMOÇÃO**

- a) Especificação dos mecanismos para remoção inter-hospitalar;
- b) Garantia de remoção para uma unidade do SUS nos casos do consumidor estar cumprindo período de carência ou de não possuir cobertura hospitalar, conforme determinado pela Resolução CONSU n° 13/98.

## **XIX – ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES**

- a) Indicação das coberturas que o consumidor poderá utilizar no sistema de acesso a livre escolha de prestadores não participantes da rede assistencial, na forma do item 9 do Anexo II da RN n° 100, de 2005.
- b) Especificação dos parâmetros a serem utilizados pela Operadora para reembolso das despesas com prestadores não participantes da rede assistencial.

## **XX - MECANISMO DE REGULAÇÃO**

Definição das medidas de gerenciamento para regular a demanda de utilização dos serviços de saúde, observados os preceitos legais, em especial a regulamentação da Lei no 9656/98 e a Resolução CONSU n° 08/98.

- a) Especificação nos casos de co-participação e/ou franquia, na forma dos sub-ítem 1 e 2, do item 10 do Anexo II da RN n° 100, de 2005, dos eventos a que se aplicam e do seu valor monetário ou percentual.
- b) Estabelecimento dos valores prefixados nos casos de internação em planos Hospitalares que não poderão ser indexados a procedimentos e/ou patologias, ou especificados em percentual, exceto para internações em transtornos psiquiátricos.
- c) Especificação das condições de atendimento do beneficiário junto à rede de prestadores, contemplando as condições de habilitação, as formas de acesso aos serviços dos diversos tipos e aqueles procedimentos que requerem autorização prévia.
- d) Informação da existência de meios de divulgação da rede de prestadores de serviços (impresso, telefônico ou eletrônico).
- e) Definir que eventual alteração na rede hospitalar observará o disposto no art. 17 da Lei 9.656/98, a comunicação prévia ou autorização da ANS, conforme couber.
- f) Indicar, quando houver orientações diferenciadas para determinados procedimentos (ex: transplantes de rim e córnea e transtornos psiquiátricos).

## **XXI - FORMAÇÃO DO PREÇO**

Identificar a forma de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada conforme item 11 do Anexo II da RN nº 100, de 2005.

## **XXII - PAGAMENTO DE MENSALIDADE**

Definição das obrigações do contratante relativas ao pagamento da mensalidade.

## **XXIII - REAJUSTE**

Definição dos critérios de reajuste das contraprestações observando prévia autorização ou comunicação à ANS, conforme couber em normativo vigente.

## **XXIV - FAIXAS ETÁRIAS**

Identificação das faixas e especificação dos percentuais a que alude o caput do artigo 15 da Lei nº 9656/98, obrigatoriamente por faixas etárias, definidas em normativos específicos.

## **XXV - BÔNUS - DESCONTOS**

Exposição dos critérios para concessão de bônus e descontos, conforme art 3º da Resolução CONSU nº 6/98.

## **XXVI - REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANOS COLETIVOS**

Especificação das regras diferenciadas para os instrumentos jurídicos de Planos Coletivos por Adesão ou Empresarial, assegurando, quando couber, o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei no 9.656/98 e, observando as Resoluções CONSU nºs 19/1999, 20/1999 e 21/1999.

## **XXVII - CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS**

Definir o tipo de vínculo do beneficiário com a pessoa jurídica contratante conforme o item 14 do Anexo II da RN nº 100, de 2005.

#### **XXVIII - CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO**

Especificação das condições para perda da qualidade de beneficiário do plano de saúde.

#### **XXIX – RESCISÃO/SUSPENSÃO**

- a) Definição das regras para rescisão e suspensão do instrumento jurídico de plano individual conforme o artigo 13 da Lei nº 9.656/1998;
- b) Definição das regras para rescisão e suspensão do instrumento jurídico de beneficiários de plano coletivo empresarial ou por adesão, conforme disposto no artigo 6º da Resolução CONSU nº 14/1998.

#### **XXX - SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS**

Quando forem partes integrantes do plano de saúde, especificar as coberturas não previstas na Lei nº 9656/98 e no Rol de Procedimentos médicos e odontológicos, na forma do item 14 do Anexo II da RN nº 100, de 2005.

Caso contrário, sendo serviços que podem ser contratados de forma independente do plano de saúde que se quer registrar, utilizar instrumentos jurídicos separados.

#### **XXXI - DISPOSIÇÕES GERAIS**

São condições ou obrigações gerais que não sejam pertinentes a nenhum dos temas específicos elencados neste Anexo.

#### **XXXII - ELEIÇÃO DE FORO**

Especificação do foro da Comarca do contratante.

## ANEXO II

### QUADRO DE ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA / ÁREA DE ATUAÇÃO

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

		Região 1	Região 2	Região 3	Região 4	Região 5	Região 6
	ÁREA DE ATUAÇÃO DO PLANO	Em todo território nacional ou em grupo de pelo menos 3 estados que envolvam SP, RJ, MG, BA, RS e PR	No estado de SP ou em mais de um Estado excetuando-se os grupos definidos na Região 1.	Em um único estado excetuando SP	Nos municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre ou Curitiba	Em Grupo de municípios que não envolvam os municípios da Região 4	Em qualquer município excetuando aqueles da Região 4.
A B R A N G E N C I A  G E O G R Á F I C A	Nacional	Em todo território nacional					
	Grupo de Estados	Quando indicar qualquer agrupamento que contemple pelo menos 3 estados da Região 1.	Qualquer agrupamento que não contemple mais de 2 estados da Região 1.				
	Estadual	Quando indicar atuação em pelo menos 3 estados dentre SP, RJ, MG, BA, RS e PR.	Atuação apenas no estado de SP ou qualquer agrupamento de 2 estados da Região 1 ou agrupamento em qualquer número dos demais estados.	Atuação em apenas um estado à exceção do estado de SP			
	Grupo de Municípios				Desde que limitados a 50% dos municípios do mesmo estado, ou, nos limítrofes, contemplando os municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre ou Curitiba.	Desde que limitados a 50% dos municípios do mesmo estado, ou, nos limítrofes, <u>não</u> contemplando os municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre ou Curitiba.	
	Municipal				Atuação em qualquer um dos municípios de SP, RJ, BH, Porto Alegre ou Curitiba	Atuação em mais de um município à exceção de SP, RJ, BH, Porto Alegre ou Curitiba	Atuação em apenas um município à exceção de SP, RJ, BH, Porto Alegre ou Curitiba

## **ANEXO III**

### **CARACTERÍSTICAS GERAIS DA REDE ASSISTENCIAL**

#### **I – PARA REGISTRO DE PLANOS DE SAÚDE**

A rede oferecida aos beneficiários deverá contemplar os serviços necessários ao atendimento de todas doenças previstas no CID, observando o rol de procedimentos em vigor;

Não obrigatoriamente estes serviços estarão todos disponibilizados em ambiente hospitalar;

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

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

A rede (entidades hospitalares, consultórios, clínicas ambulatoriais e SADT) que se quer registrar deverá estar vinculada à operadora e atualizada a cada ano;

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

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

A rede hospitalar é característica da operadora e do registro do plano de saúde, sendo analisada em função das especificidades operacionais; portanto, para alteração de entidades hospitalares vinculadas está previsto o pagamento de taxa específica;

Entende-se por Substituição a troca de uma unidade por outra(s) que não se encontrava originalmente na rede da operadora ou do plano de saúde e por Redimensionamento a supressão de uma unidade da rede, cabendo às unidades restantes a absorção do atendimento;

A análise de equivalência para atendimento do art. 17, da Lei nº 9.656/98 compreende aspectos de disponibilidade no que tange a serviços de urgência/emergência e auxiliares de diagnóstico e terapia, bem como quantitativos no que diz respeito a leitos

em geral e específicos das UTIs. Devem atender também a similaridade de perfil assistencial, complexidade e proximidade geográfica;

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

- 1- Justificativa para decisão;
- 2- CNPJ, razão social e CNES das entidades hospitalares envolvidas;
- 3- número de internações realizadas pela operadora em cada uma das entidades hospitalares envolvidas, nos últimos 12 (doze) meses;
- 4- número total de internações realizadas pela operadora na sua rede hospitalar, vinculadas aos registros de planos de saúde a serem alterados, nos últimos 12 (doze) meses;
- 5- total de leitos (gerais e UTI) contratados pela operadora na área de abrangência dos planos de saúde envolvidos;
- 6- perfil assistencial com as principais características da cobertura contratada às entidades hospitalares envolvidas;
- 7- número dos registros dos planos de saúde a serem alterados, nos casos específicos;
- 8- cópia da comunicação feita (ou a ser) aos beneficiários.

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

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

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

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





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

**N.º de Leitos Totais** - Número de leitos que a operadora dispõe para utilização na entidade hospitalar correspondente, excetuando-se os leitos de UTI.

**N.º de Leitos de UTI** - Número de leitos de UTI que a operadora dispõe para utilização na entidade hospitalar correspondente, especificados por tipo de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal).

**Situação na Rede** - Das entidade(s) hospitalar(es) que está(ão) sendo excluída(s) – Exclusão- ou incluída(s) –Inclusão- nos casos de Substituição, ou absorverá(ão) a demanda nos casos de Redimensionamento de rede por redução -Absorção.

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

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





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

**Município/ UF** – Onde a entidade está localizada

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

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

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

**Situação na Rede** - Das entidade(s) hospitalar(es) que está(ão) sendo excluída(s) – Exclusão- ou incluída(s) –Inclusão- nos casos de Substituição, ou absorverá(ão) a demanda nos casos de Redimensionamento de rede por redução -Absorção.

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

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

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

