

**Resolução Normativa – Cadastro de Planos de assistência à saúde
comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3
de
junho de 1998**

Anexo I – Informações Econômico-financeiros

Informações	
1.Código nº _____	2.Código do Plano na Operadora _____
3.Nome do Plano: _____	
4.Segmentação Assistencial da Cobertura do Plano: _____	
5. Abrangência Geográfica da Cobertura do Plano: _____	
6.Tipo de Contratação: _____	7.Modalidade de Financiamento: _____
8.Mês/Ano Início de Comercialização: __/____	9.Mês/Ano Fim de Comercialização: __/____
10.Número de Beneficiários: _____	11.Idade Média dos Beneficiários: _____
12.Tipo de Cláusula de Reajuste: _____	
13.Transcrição da Cláusula de Reajuste: _____ _____	
14.Outra(s) cláusula(s) de impacto financeiro: _____ (*)	
15.Transcrição da(s) outra(s) cláusula(s) de impacto financeiro: _____ _____	
16.Tipo de Cláusula de Faixa Etária: _____	
17.Transcrição da Cláusula de Faixa Etária: _____ _____	
18.Faixas Etárias (*)	
19.De _____ a _____ anos Percentual: _____	
(*) Serão disponibilizados quantas vezes forem necessárias para o cadastro do plano.	

Informações

1. Código número

Número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora junto à ANS.

2. Código do Plano na Operadora

Letra/número atribuído pela operadora para identificação do plano em sua operação, considerando um código para cada conjunto de contratos que contenham cláusulas idênticas com relação aos itens informados neste cadastramento.

3. Nome do Plano

Nome comercial do produto utilizado pela *operadora* na venda e no relacionamento com os *beneficiários* do *plano* e constante ou não do contrato de assistência à saúde.

4. Segmentação Assistencial da Cobertura do Plano

Deverão ser adotados os mesmos códigos e classificação de segmentação do plano dispostos na tabela 1 do Anexo III da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 4, de 22 de fevereiro de 2000, que trata de registro provisório de produtos. Utilizar a mesma lógica para enquadramento adotada no recolhimento de taxa O campo deve ser preenchido de acordo com a seguinte codificação:

01- Ambulatorial

02- Hospitalar com obstetrícia

03- Hospitalar sem obstetrícia

04- Odontológico

06- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

07- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

08- Ambulatorial + Odontológico

10- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico

11- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico

13- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico

14- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico

5. Abrangência Geográfica da Cobertura do Plano

Entende-se por abrangência geográfica do plano a região onde a operadora oferece cobertura de assistência à saúde.

Deverão ser adotados os mesmos códigos e classificação dispostos na tabela 3 do Anexo III da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 4, de 2000 que trata de registro provisório de produto.

1 - Nacional

2 - Grupo de estados

3 - Estadual

4 - Grupo de municípios

5 - Municipal

6. Tipo de Contratação

O campo deve ser preenchido de acordo com a seguinte codificação:

- 1- Individual ou familiar
- 2- Coletivo empresarial
- 3- Coletivo por adesão

7. Modalidade de Financiamento

Caso a operadora tenha preenchido os códigos 2 ou 3 no item 6, deve ser informado se o plano contém ou não patrocinador, conforme definições constantes nos artigos 6º e 7º da Resolução Normativa - RN n.º 36, de 17 de abril de 2003.

O campo deve ser preenchido de acordo com a seguinte codificação:

- 1- Com patrocinador
- 2- Sem patrocinador

As autogestões devem adotar o conceito de plano sem patrocinador apenas quando financiado exclusivamente por recursos de seus beneficiários.

8. Mês / Ano de Início de Comercialização

É o mês e ano no qual foi firmado o primeiro contrato de prestação de serviços ou termo de adesão ao plano.

9. Mês / Ano de Fim de Comercialização

É o mês e ano no qual foi firmado o último contrato de prestação de serviços ou termo de adesão ao plano. A inclusão de dependentes não deve ser considerada.

10. Número de Beneficiários

É o número de beneficiário existente no plano no último dia útil do mês imediatamente anterior ao de envio das informações.

11. Idade Média dos Beneficiários

Idade média dos beneficiários vinculados ao plano. É medida pela soma da idade de todos os beneficiários ativos no plano no último dia útil do mês imediatamente anterior ao envio dividido pelo número de beneficiários.

12. Tipo de Cláusula de Reajuste

O campo deve ser preenchido com base na cláusula de correção monetária e de acordo com a seguinte codificação:

- 0- Sem cláusula
- 1- Índice
- 2- Fórmula
- 3- Variação de Custos Assistenciais
- 4- Percentual submetido ao órgão regulador
- 5- Outros

13. Transcrição da Cláusula de Reajuste

Transcrever a cláusula contratual referente ao reajuste.

14. Outra(s) cláusula(s) de impacto financeiro

O campo deve ser preenchido com base em cláusulas de equilíbrio do plano e demais cláusulas, exceto as de correção monetária e de acordo com a seguinte codificação:

- 0- Sem cláusula
- 1- Fórmula
- 2- Percentual submetido ao órgão regulador
- 3- Percentual de Índice de Utilização
- 4- Outros

15. Transcrição da(s) outra(s) cláusula(s) com impacto financeiro

Transcrever a(s) cláusula(s) contratual(is) referente(s) à reajuste que contemple qualquer outro tipo de impacto financeiro.

16. Tipo de Cláusula de Faixa Etária

O campo deve ser preenchido de acordo com a seguinte codificação:

- 0 - Sem cláusula
- 1 - Possui cláusula contratual com faixa etária e percentuais definidos
- 2 - Possui cláusula contratual somente com faixa etária definida
- 3- Possui cláusula contratual, porém sem definição de faixa etária e percentuais.

17. Transcrição da Cláusula de Faixa Etária

Transcrever a cláusula contratual referente à variação por mudança de faixa etária.

18. Faixas etárias e percentuais

Caso a operadora tenha preenchido os códigos 1 e 2 no item 18, informar as faixas etárias e os respectivos percentuais de variação, conforme o caso.

Anexo II – Informações Assistenciais

Informações	
1. Código nº _____	2. Código do Plano na Operadora _____
3. Nome do Plano: _____	
4. Transcrição das Cláusulas em vigor de Cobertura Assistencial: _____ _____ _____	
5. Transcrição das Cláusulas em vigor de Exclusão: _____ _____ _____	
6. Exclusões de Cobertura do Plano(*)	
6.1 Exclusão de Cobertura: _____	
6.2 Tipo de Exclusão: _____	6.3 Quantidade/ano: _____
6.4 Atendimento(s): _____	
6.5 Especialidade(s): _____	
6.6 Diagnóstico(s): _____	
6.7 Outras, especificar: _____	
(*) Serão disponibilizados quantas vezes forem necessárias para o cadastro do plano.	

Informações

1. Código número

Número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora junto à ANS.

2. Código do Plano na Operadora

Letra/número atribuído pela operadora para identificação do plano em sua operação, considerando um código para cada conjunto de contratos que contenham cláusulas idênticas com relação aos itens informados neste cadastramento.

3. Nome do Plano

Nome comercial do produto utilizado pela *operadora* na venda e no relacionamento com os *beneficiários* do *plano* e constante ou não do contrato de assistência à saúde.

4. Transcrição das Cláusulas de Cobertura Assistencial em vigor

Transcrever todas as cláusulas contratuais em vigor referentes à definição da cobertura assistencial do plano, conforme descrito no instrumento original de contrato, acrescido das ampliações previstas nos aditivos celebrados.

5. Transcrição das Cláusulas de Exclusão ou Limitação de cobertura assistencial em vigor

Transcrever todas as cláusulas contratuais em vigor referentes à definição da exclusão ou limitação de cobertura do plano, conforme descrito no instrumento original de contrato, acrescido das ampliações previstas nos aditivos celebrados.

6. Exclusões de Cobertura

Indicar os itens da tabela abaixo que estão excluídos da cobertura assistencial do plano e para cada item informar o tipo de exclusão (**Total ou Parcial**).

No caso de exclusões parciais, a operadora deverá informar todos os itens que indicam a parcialidade da cobertura, seja por limite de 6.3 - quantidade/ano, 6.4 - tipo de atendimento, 6.5 - especialidade, 6.6 - diagnóstico e/ou 6.7 – outras, especificar.

EXCLUSÕES DE COBERTURA

01 - Cirurgias Cardíacas
02 - Cirurgia de miopia
03 - Cirurgia para tratamento de obesidade mórbida
04 - Cirurgias Videolaparoscópicas ou Guiadas por Vídeo
05 – Consultas
06 – Fisioterapia
07 - Hemodinâmica
08 - Internação em terapia intensiva, semi-intensiva ou similar
09 - Internações hospitalares
10 – Lesão ou Doença
11 - Lesão Auto-Infringida
12 - Marcapasso
13 – Órtese e prótese
14 - Quimioterapia
15 – Radiologia Intervencionista

16 - Radioterapia
17 - Ressonância Magnética
18 - Terapia renal substitutiva - Hemodiálise - CAPD
19 - Tomografia Computadorizada
20 - Transplantes de Córnea
21 - Transplante Renal
22 - Radiologia odontológica
23 - Prevenção em saúde bucal
24 - Dentística
25 - Periodontia
26 - Endodontia
27 - Cirurgia odontológica ambulatorial
28 - Outras, especificar: _____

ATENDIMENTO

01 - Domiciliar
02 - Ambulatorial
03 - Internações Clínicas e Cirúrgicas
04 - Internações Clínicas
05 - Internações Cirúrgicas

ESPECIALIDADES

- Especialidades reconhecidas pelos Conselhos Federais de Medicina e Odontologia.

DIAGNÓSTICOS - Categorias da Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão.

Anexo III – Informações da Rede de Entidades Hospitalares

Informações

Informações	
1. Código nº _____	2. Código do Plano na Operadora _____
3. Nome do Plano: _____	

4. Entidades Hospitalares						
4.1. Razão Social	4.2. CNPJ	4.3. UF	4.4. Município	4.5. CNES	4.6. Tipo de Vínculo	4.7. Tipo de contratação

Informações

1. Código número

Número de 6 dígitos que identifica o registro da operadora junto à ANS.

2. Código do Plano na Operadora

Letra/número atribuído pela operadora para identificação do plano em sua operação, considerando um código para cada conjunto de contratos que contenham cláusulas idênticas com relação aos itens informados neste cadastramento.

3. Nome do Plano

Nome comercial do produto utilizado pela *operadora* na venda e no relacionamento com os *beneficiários* do *plano* e constante ou não do contrato de assistência à saúde.

4. Entidades Hospitalares

Deverá ser informada a rede de entidades hospitalares que se encontra em atendimento por ocasião da informação.

Itens por entidade:

4.1. Razão Social

4.2. CNPJ

4.3. Unidade da Federação (UF)

4.4. Município

- 4.5.Registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quando disponível
- 4.6.Data de início e tipo de vínculo (próprio ou não)
- 4.7.Data e tipo de contratação (direta ou indireta), quando não próprio.