

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 432, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e altera o Anexo I da Resolução Normativa - RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o art. 3º, os incisos XXXII, XXXVI e XXXVII do art. 4º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o inciso III do art. 6º e a alínea "a" do inciso II do art. 30, ambos da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 15 de dezembro de 2017, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e altera o Anexo I da Resolução Normativa - RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências.

Art. 2º O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, previsto no art. 5º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

§ 1º Para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente, pelo período mínimo de 6 (seis) meses, de acordo com sua forma de constituição.

§ 2º Para a manutenção do contrato coletivo empresarial, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade cadastral junto à Receita Federal, de acordo com sua forma de constituição.

Art. 3º Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresários individuais, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como as administradoras de benefícios, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial,

e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, deverão exigir a comprovação:

I - prevista no art. 2º; e

II - dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados, dispostos no art. 5º da Resolução Normativa nº 195, de 2009, quando for o caso.

§ 1º Verificada a ilegitimidade do contratante no aniversário do contrato, a operadora poderá rescindir o contrato, desde que realize a notificação prévia com 60 (sessenta) dias de antecedência, informando que a rescisão será realizada se não for comprovada, neste prazo, a regularidade do seu registro nos órgãos competentes.

§ 2º A celebração ou a manutenção, após a verificação anual, de contrato de plano de saúde coletivo empresarial que não atenda ao disposto no caput equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê o art. 32 da RN nº 195, de 2009.

§ 3º O ingresso de beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos no art. 5º da RN nº 195, de 2009, acarretará a constituição de vínculo direto e individual desses beneficiários com a operadora, passando a ter o mesmo tratamento normativo previsto no § 2º.

§ 4º A comprovação anual da condição de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados, mencionada no caput, também deverá ser exigida de empresário individual que figure como contratante em plano coletivo empresarial celebrado antes da vigência desta Resolução, aplicando-se o disposto no § 1º deste artigo, quando couber.

Art. 4º A cobrança da contraprestação pecuniária será emitida contra o contratante.

Art. 5º Os documentos por meio dos quais se comprovará o disposto no art. 3º, estejam eles na forma física ou digital, deverão ser guardados pela operadora e/ou pela administradora de benefícios e disponibilizados à ANS, sempre que requisitados.

Parágrafo único. A não manutenção dos documentos de comprovação mencionados no caput, para fins de verificação pela ANS, sujeita a operadora e/ou a administradora de benefícios às penalidades cabíveis.

Art. 6º Caberá à operadora ou administradora de benefícios informar ao contratante as principais características do contrato a que estão se vinculando, tais como o tipo de contratação, as regras de rescisão, na forma do art. 7º, e as regras de cálculo e aplicação de reajuste, segundo o disposto na RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Art. 7º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do art. 2º, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

Parágrafo único. Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido

na data indicada na comunicação.

Art. 8º Aplicam-se subsidiariamente aos contratos coletivos empresariais de que trata esta Resolução as disposições da RN nº 195, de 2009.

Art. 9º O Anexo I, da Resolução Normativa nº 389, de 2015, passa a vigorar conforme o Anexo desta Resolução.

Art. 10 Esta Resolução Normativa entra em vigor no prazo de 30 (trinta) dias da data de sua publicação.

Parágrafo único. O artigo 3º, §4º, desta Resolução Normativa entra em vigor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias da data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor- Presidente
Substituto

ANEXO

"ANEXO I

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo Empresarial contratado Empresário Individual
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até 30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual	Podem haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão pre-existente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora:	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência	A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato.***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato." (NR)"