

Ofício AJI n.º 44/2017

Ijuí/RS, 07 de fevereiro de 2017.

Ao
Município de Três Passos/RS
Gabinete do Prefeito Municipal

Prezados Senhores,

UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda, sociedade cooperativa de primeiro grau, inscrita no CNPJ sob número 87.647.756/0001-05, com sede na Rua Siqueira Couto, n.º 93, centro, na cidade de Ijuí/RS, vem, respeitosamente, nos termos que seguem:

É cediço, que a Constituição Federal de 1998, abarcou importantes inovações jurídicas, principalmente no que diz respeito às limitações impostas ao poder público brasileiro. Neste interim, o art. 37, XXI, CF, promoveu o processo de legalidade de contratação do poder público, denominado licitação pública, a qual foi regulada por Lei específica sob o n.º 8.666, de 21 de junho de 1993.

Conforme expressa o art. 1.º, parágrafo único, da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993:

Art. 1.º Esta Lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Subordinam-se ao regime desta Lei, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. (Grifo nosso)

Portanto, resta claro que todos os contratos firmados por órgão ligados à administração pública com demais entes da sociedade, devem ser precedidos por processo de licitação pública.

Neste sentido, informamos que o contrato n.º 031.2202.00, firmado em 14 de dezembro de 1979, foi constituído sem observar o processo de licitação pública, uma vez que na época não existia tal exigência legal.

Contudo, nos termos da Constituição Federal e da Lei 8.666/93 (Lei de Licitações), verifica-se a necessidade de que tal contratação seja adequada legislação vigente.

Destacamos que a Lei Municipal n.º 3530/2000, que autoriza o executivo municipal de Três Passos a firmar contrato de prestação de serviços médicos, não indicou ou justificou a não ocorrência de licitação, dando ao Poder Executivo Municipal autorização de contribuir com o percentual de 50% do total da quota devida pelo servidor, conforme art. 1.º e 2.º da supracitada Lei:

AUTORIZA O EXECUTIVO MUNICIPAL A FIRMAR CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES E ALTERA, NO QUE COUBER, ALEI Nº 2151/79.

ZILÁ MARIA BREITENBACH, Prefeita Municipal de Três Passos, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere o Artigo 87, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, FAÇO SABER que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º É o Poder Executivo autorizado a firmar Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares com a UNIMED - IJUÍ, Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda, com o objetivo de dar atendimento médico-hospitalar a todos os servidores que desejaram aderir ao sistema.

Art. 2º Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a contribuir com o percentual de 50% do total da quota devida pelo servidor à UNIMED Noroeste Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.

§ 1º A quota total devida é de 15,60% sobre a remuneração percebida pelo servidor.

§ 2º Compete ao servidor contribuir com 7,80% e ao Poder Executivo o percentual de 7,80% da quota total. (Redação dada pela Lei nº 4374/2010) (Grifo nosso)

No mesmo sentido, dispõem o art. 246 da Lei Complementar nº 18 de 16 de agosto de 2011:

LEI COMPLEMENTAR Nº 18 DE 16 DE AGOSTO DE 2011.

DISPÕE SOBRE O REGIME JURÍDICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE TRÊS PASSOS.

Capítulo II

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 246 O Município manterá, mediante sistema próprio ou contributivo, plano de assistência à saúde para o Servidor e sua família submetidos ao regime de que trata esta lei.

§ 1º O plano de que trata este artigo poderá, no todo ou em parte ser satisfeito por instituição oficial ou particular de assistência à saúde, para a qual contribuirão o Município e o Servidor.

§ 2º As contribuições do Município e do Servidor serão fixadas por lei específica.

§ 3º A contribuição do Servidor para o custeio do plano de assistência à saúde, poderá ser proporcional aos seus dependentes.

§ 4º Os percentuais de contribuições serão fixados em lei.

§ 5º Para cobertura das complementações de que tratam os parágrafos anteriores, o Município poderá instituir sistema contributivo complementar, com outras entidades, a fim de complementar assistência médica, hospitalar, odontológica e exames complementares. (Grifo nosso)

Apesar de tais legislações possibilitarem a contratação de junto a esta Operadora de Planos de Saúde, não são capazes de dispensar a ocorrência de licitação pública, que, em **observância análoga** ao art. 230, § 3º, II, da Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais), é vista como necessária para este tipo de contratação:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus

dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento. (Redação dada pela Lei nº 11.302 de 2006)

[...]

§ 3º Para os fins do disposto no caput deste artigo, ficam a União e suas entidades autárquicas e fundacionais autorizadas a: (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

I - celebrar convênios exclusivamente para a prestação de serviços de assistência à saúde para os seus servidores ou empregados ativos, aposentados, pensionistas, bem como para seus respectivos grupos familiares definidos, com entidades de autogestão por elas patrocinadas por meio de instrumentos jurídicos efetivamente celebrados e publicados até 12 de fevereiro de 2006 e que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador, sendo certo que os convênios celebrados depois dessa data somente poderão sê-lo na forma da regulamentação específica sobre patrocínio de autogestões, a ser publicada pelo mesmo órgão regulador, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias da vigência desta Lei, normas essas também aplicáveis aos convênios existentes até 12 de fevereiro de 2006; (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006)

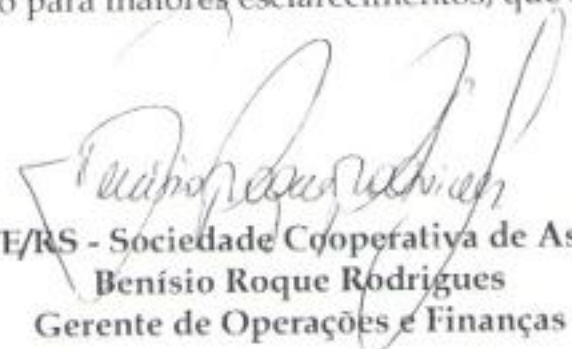
II - contratar, mediante licitação, na forma da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde que possuam autorização de funcionamento do órgão regulador; (Incluído pela Lei nº 11.302 de 2006) (Grifo nosso)

Destacamos que tal entendimento esta abarcado por estudos jurisprudenciais e doutrinários atuais, ou seja, não é intenção desta Operadora de Planos de Saúde, mas sim uma exigência legal a fim de resguardar a segurança jurídica de ambas instituições.

Conforme todo o exposto, solicitamos que este município manifeste-se sobre a necessidade de adequação da atual contratação a legislação vigente, no prazo de 15 dias a contar do recebimento deste.

Permanecemos a disposição para maiores esclarecimentos, que se fizerem necessários.

Atenciosamente,


UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.
Benísio Roque Rodrigues
Gerente de Operações e Finanças

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

PLANO DE VALOR DETERMINADO

CONTRATO Nº 166/79

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS
 ENDEREÇO : Av. Julio de Castilhos, 210 - TRÊS PASSOS - RS
 CONTRATADA : UNIED IJUÍ - SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉ-
 DICOS LTDA,
 ENDEREÇO : Rua Siqueira Couto nº 57 - IJUÍ - RS.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, a
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS
 estabelecida(o) em TRÊS PASSOS, Av. Julio de Castilhos, 210
 inscrita/registrada(o)
 de ora, em diante denominada simplesmente, CONTRATANTE, represen-
 tada(o) pelo Sr.(a) Prefeito Municipal, RENATO JOSÉ OPPERMANN
 e de outro, a UNIED IJUÍ - SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉ-
DICOS LTDA., de ora em diante denominada UNIED IJUÍ, representa-
 da pelos seus Diretores Presidente o Tenoreiro, Dr. Bruno Wajda
 e José Obura, respectivamente, e registrada no Cadastro Geral de
 Contribuintes do Ministério da Fazenda sob nº 87.647.756/0001-05,
 resolvem na melhor forma de direito, estabelecer contrato de
 prestação de Serviços Médico e Hospitalares, que se regerá pelas
 cláusulas e condições seguintes:

CAPÍTULO 1

A UNIED IJUÍ PRESTARÁ AOS BENEFICIÁRIOS

- A - ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR:
1. Internação Hospitalar com cobertura integral das seguintes despesas:
 - a) Diárias hospitalares até os seguintes limites de permanência,

em cada exercício, em quarto semi-privativo;

- Até 4 (quatro) dias, em casos de parto;

- até 15 (quinze) dias, em casos clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos comuns;

- Até 30 (trinta) dias, em casos de prematuros atendidos em centro de prematuros;

- Até 90 (noventa) dias, em casos de tratamentos resultantes de acidentes cobertos pelo plano.

b) Serviço de enfermagem, durante o período de internação;

c) Serviço de cirurgia e de parto;

d) Anestesia;

e) Medicamentos prescritos pelo médico assistente durante o período de internação;

f) Exames solicitados pelo médico assistente para controle da doença do paciente internado:

- Análise clínica;

- Análise hematológica;

- Exames radiológicos;

- Eletrocardiogramas;

- Eletroencefalogramas.

g) Serviços especializados e/ou integrantes do tratamento prescrito pelo médico assistente:

- Oxigenoterapia;

- Transfusão de sangue ou plasma (só aplicação);

- Fisioterapia;

- Alimentação dietética.

2. Custos dos honorários profissionais dos médicos assistentes, cirurgiões e respectivos auxiliares, correspondentes aos serviços prestados ao paciente hospitalizado, nas seguintes especialidades:

a - Clínica Médica;

b - Clínica Pediátrica;

c - Clínica Radiológica;

d - Clínica Psiquiátrica;

e - Dermatologia;

f - Cirurgia Geral.

- g - Nefrologia;
 - h - Cirurgia Ginecológica;
 - i - Cirurgia Urológica;
 - j - Cirurgia Ortopédica e Traumatológica;
 - k - Cirurgia Oftalmológica;
 - l - Cirurgia Otorrinolaringológica;
 - m - Obstetrícia;
 - n - Emergências Psiquiátricas (casos agudos de internação).
3. O usuário que optar por acomodações superiores às padronizadas pelo presente contrato deverá pagar as diferenças de preço de hospital e médicos, existente entre a tabela da UNIMED e a tabela particular dos hospitais no que se refere a diárias, e, até cem por cento (100%) da tabela da UNIMED (USF) como complementação de honorários médicos.
 4. A internação em quarto privativo, com pagamento das diferenças de diárias hospitalares, fica condicionada à disponibilidade das referidas acomodações, nos hospitais, no momento da baixa.
 5. Os usuários beneficiados por entidades previdenciárias públicas que proporcionam acomodação hospitalar em quarto semi-privativo, mediante pagamento por serviços realmente prestados, podem, após obtida a internação por qualquer daquelas entidades, pleitear acomodação em quarto privativo, desde que disponível nos hospitais, responsabilizando-se, a UNIMED LUI, pelo pagamento das diferenças de diárias hospitalares e médicos.
 6. Quando ultrapassados os limites do item "1" e, havendo necessidade de prorrogar a permanência do paciente por razões médicas, deverão os honorários profissionais, os exames requisitados, os serviços especializados, as taxas hospitalares e os medicamentos ser debitados à conta da CONTRATANTE pela tabela da UNIMED LUI, por serviços prestados.

B - ASSISTÊNCIA MÉDICA E SERVIÇOS MÉDICOS AUXILIARES

1. Cobertura da assistência com:

médico, até um limite máximo anual determinado, em cada especialidade, de acordo com a necessidade médica normal de assistência médica;

b - O usuário ao consultar, pagará, como participação na consulta, diretamente ao médico, uma importância que será fixada de comum acordo com a empresa e reajustada anualmente.

c - Realização, mediante requisição médica, de exames e testes da seguinte natureza:

- Exames de laboratório de análises clínicas;
- Exames citológicos;
- Exames colposcópicos;
- Eletroencefalograma;
- Exames cardiológicos e eletrocardiograma;
- Exames e testes oftalmológicos;
- Exames e testes otorrinolaringológicos;
- Exames radiológicos;
- Outros exames subsidiários disponíveis na área de ação da UNILEB IJUI.

2. Cobertura parcial das despesas com os seguintes serviços:

- a - Nos casos de necessidade de consulta domiciliar, no perímetro urbano, caberá ao beneficiário o pagamento da diferença entre o valor da consulta da UNILEB IJUI (US\$) e o valor da visita domiciliar, conforme tabela da ARTES, importância que será acrescida à fatura mensal da CONTRATANTE, no nome do beneficiário que solicitou o atendimento.
- b - Nos casos de urgência, fora do horário de consultório, o enfermo poderá ser levado ao ambulatório do Hospital para ser atendido pelo médico plantonista, por conta da UNILEB IJUI.
- c - Se o beneficiário preferir o atendimento ao seu médico de escolha, poderá chamá-lo, caso o mesmo esteja disponível, enviando-lhe, nesse caso, o pagamento da diferença entre o valor do chamado ao ambulatório do Hospital pela tabela da ARTES e o valor da consulta da UNILEB IJUI (US\$). Importância que será acrescida à fatura mensal da CONTRATANTE, no nome /

C - ASSISTÊNCIA FORA DA ÁREA DE AÇÃO DA UNIMED IJUÍ

- 1 - A assistência médica e/ou cirúrgica especializada, não disponível, por razões técnicas, na área de ação da UNIMED IJUÍ, poderá ser providenciada pela cooperativa, a pedido do médico assistente de comum acordo com o paciente, mediante o seu encaminhamento a outra UNIMED (Santa Maria ou Porto Alegre), cabendo, à CONTRATANTE, o pagamento dos custos da assistência, pela tabela (USF) da UNIMED prestadora dos serviços.
- 2 - Nos casos de urgência, e, estando o beneficiário em trânsito, em área de outra UNIMED, poderá solicitar atendimento na UNIMED da área em que se encontrar, correndo as despesas respectivas, devidamente comprovadas, por conta da UNIMED IJUÍ até os limites de sua própria tabela (USF).

CAPÍTULO II

A COOPERATIVA NÃO COBRIRÁ NO PRESENTE PLANO

1. Internações em casos de:

- a - Infecções infecto-contagiosas, doenças crônicas, casos de geriatria, doenças mentais, tuberculose, lepra e cirurgia plástica embelezadora;
- b - Cirurgia plástica reparadora correspondente a traumatismos, moléstias ou ocorrências outras, anteriores ao ingresso do usuário no plano;
- c - Tratamentos e/ou exames que não exijam hospitalização, salvo casos de procedimentos diagnósticos exequíveis apenas sob observância geral;
- d - Investigação diagnóstica em regime de hospitalização (quando necessário, será feita em regime ambulatorial);
- e - Exames e/ou tratamentos pré-operatórios, em ambiente hospitalar, salvo em caso de comprovada urgência;
- f - Tratamentos especializados não previstos neste plano;
- g - Transporte de pacientes por ambulância ou mensagem;
- h - Atos cirúrgicos proibidos pelo Código de Ética Médica.

vada e tentativa de suicídio.

- j - Moléstias (doenças) anteriores ao ingresso do usuário no plano.
- k - Doenças e defeitos congênitos, exceto de filhos nascidos após a inscrição da mãe no plano.
- l - O plano não cobre igualmente as despesas, em caso de hospitalização: com acompanhantes, extraordinários do paciente e produtos de toilette ou medicamentos não prescritos pelo médico assistente;
- m - Tratamentos psicoterápicos, doenças profissionais, exames para fins de perícia, exames e tratamento não disponíveis na área de ação da UNILEO IJUF, acidentes de trânsito que sejam de responsabilidade de Companhias Seguradoras;
- n - Junta Médica solicitada pelo paciente;
- o - Serviços de médico chamado de outra localidade.

CAPÍTULO III

C A R Ê N C I A S

- 1 - O beneficiário passará a usufruir dos direitos assegurados pelo presente plano:
- 1.1 - A partir da data da assinatura do presente contrato;
- 1.2 - Durante o período de carência os usuários poderão utilizar-se da assistência médica e hospitalar, pagando os respectivos serviços pela tabela da UNILEO.
- 1.3 - Para os casos abaixo, prevalecerão, ainda, os seguintes períodos de carência:
- a - Parto: 9 (nove) meses;
- b - Amigdalectomias e/ou adenoidectomias: 6 (seis) meses.

CAPÍTULO IV

- 1 - O beneficiário e beneficiários dependentes terão, para seu atendimento, direito de escolha dos médicos, hospitais, laboratórios e institutos de sua confiança, associados da UNILEO.
- 2 - Os médicos, hospitais e entidades filiadas à UNILEO não

Fls. 07

- 3 - O atendimento será feito mediante apresentação, ao médico ou aos atendente, da Carteira do Beneficiário fornecida pela UNMED IJUÍ e, no caso de internação, de "Pedido de Internação" preenchido e firmado pelo médico responsável pela hospitalização.
- 4 - A despesa e os honorários médicos correspondentes aos serviços cobertos pelo presente Plano serão pagos integral e diretamente pela UNMED IJUÍ. Não se responsabilizará, contudo, por despesas com hospitais, entidades e/ou médicos não filiados à mesma, correndo tais despesas por conta exclusiva do beneficiário.
- 5 - BENEFICIÁRIOS E BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES
- São considerados beneficiários do presente contrato os colaboradores e empregados da CONTRATANTE, constantes das fichas cadastro preenchidas pela empresa ou entidade.
- Aos beneficiários será expedida uma Carteira de Beneficiário da UNMED IJUÍ.
- 5.1 - Pela ordem legal não considerados dependentes:
- a - A esposa, os filhos de qualquer condição, menores de 18 anos e as filhas solteiras de qualquer condição, menores de 21 / anos;
 - b - A pessoa designada;
 - c - A mãe viúva;
 - d - Os irmãos de qualquer condição menores de 18 anos e as irmãs solteiras de qualquer condição, menores de 21 anos.
- 5.2 - A concorrência aos beneficiários (inclusão como dependente) é pela ordem do classe prevista na Lei. Os beneficiários / de uma classe excluem os de outra.
- 5.3 - Equiparar-se aos filhos, mediante declaração escrita do responsável:
- a - o enteado;
 - b - o menor sob sua guarda ou tutela mediante ordem judicial e

CAPÍTULO V DO PAGAMENTO

- 1 - A CONTRATANTE se obriga a pagar a taxa de inscrição dos beneficiários e beneficiários dependentes, no valor de Cr\$ 70,00 (setenta cruzeiros), _____ per capita.
- 2 - A cada nova inscrição a CONTRATANTE pagará a taxa de Cr\$ 70,00 (setenta cruzeiros) _____ per capita.
- 3 - A CONTRATANTE pagará mensalmente a importância de Cr\$ 190,00 (cento e noventa cruzeiros) _____ per capita.
- 4 - O pagamento da mensalidade deverá ser feito até o dia vinte/ do mês correspondente.
- 5 - No caso de demissão do empregado ou rescisão do convênio, a empresa é obrigada a devolver as "CARTEIRAS DE BENEFICIÁRIO" responsabilizando-se pelo pagamento das mensalidades das cartei-
teiras não devolvidas.
- 6 - O reajuste do valor per capita ocorrerá na mesma época do aumento das tabelas particulares de serviços médicos e hospitalares, tomando-se por base os índices do aumento da conta de assistência médico-hospitalar.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

- O prazo de vigência do presente contrato é de um ano, podendo ser prorrogado com a assinatura de termo de prorrogação / entre as partes.
- Durante o período de vigência deste Contrato não poderá a / CONTRATANTE rescindi-lo se dele já houver usufruído benefícios.
- O presente contrato é celebrado com as cláusulas de revogabilidade, podendo ser rescindido se as partes não cumprirem fi-
elmente as suas cláusulas e condições, reservando o caso de calamidade pública ou força maior, que não permita às partes a prática de uma atividade.
- O prazo de aviso de dez dias do momento.

médico e hospitalar através da UFTMEA.

- 5 - Em caso de não cumprimento das cláusulas contratuais, a parte interessada, para rescisão do contrato, deverá notificar/por escrito a outra parte no prazo de trinta dias, ressalvando o caso de falta de pagamento, hipótese em que o contrato/poderá ser rescindido pela UFTME IJUÍ independente de intimação judicial ou notificação, liquidando-se em qualquer caso, em danos e perdas a favor da parte inocente.
- 6 - Os atos médicos e hospitalares são de inteira responsabilidade dos profissionais e entidades prestadoras dos serviços não cabendo nenhuma responsabilidade por estes a UFTME IJUÍ.
- 7 - Fica eleito o foro de Ijuí, Estado do Rio Grande do Sul, para dirimir qualquer demanda oriunda do presente contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
- E, por se acharem, assim, inteiramente justos e contratados, firmam o presente em duas vias, de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Ijuí,

CONTRATANTE:

Renato José de Faria
UNIMED IJUÍ

Reinaldo
DEBILDO SANTO-PRESIDENTE
João
DR. JOSÉ ORARA-TEC. ORÇAMENTO

TESTEMUNHAS:

Paulo Cesar Rocha
Milton A. Krass

Ofício GEOF-DIV.32/2017

Ijuí, 26 de outubro de 2017.

Ao
Município de Três Passos/RS
Gabinete do Prefeito Municipal

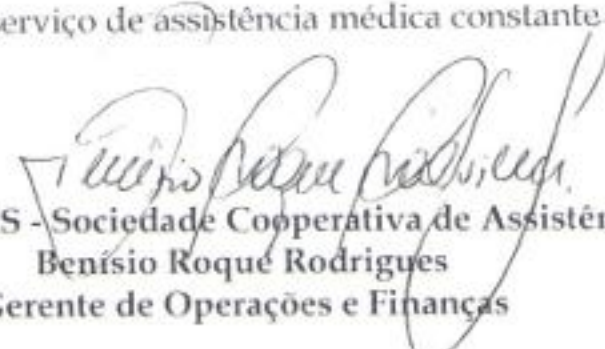
Prezados Senhores,

UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda, sociedade cooperativa de primeiro grau, inscrita no CNPJ sob número 87.647.756/0001-05, com sede na Rua Siqueira Couto, 93, centro, na cidade de Ijuí/RS, vem **NOTIFICAR** nos termos que seguem:

Que esta Operadora de Planos de Saúde desde março de 2017, através do encaminhamento do Ofício AJI n.º 44/2017, busca junto à **CONTRATANTE** tratativas para adequação da atual contratação a legislação vigente, porém, sem qualquer êxito até o presente momento.

Haja vista que até o momento não houve manifestação por parte do Município de Três Passos/RS, **NOTIFICAMOS** a **CONTRATANTE**, que, na data de 31 de dezembro de 2017, o contrato de Prestação de Serviços sob o nº 031.2202.00, estará automaticamente rescindido.

Deste modo, findo o prazo supracitado, a Unimed Noroeste/RS isenta-se de qualquer obrigação relativa à prestação de serviço de assistência médica constante nos contratos em questão.


UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.
Benísio Roque Rodrigues
Gerente de Operações e Finanças


Gerente de Administração
Assinatura nº 07/11/2016
04/11/17
03/11/17

Ofício nº 355/2017

Três Passos, 20 de novembro de 2017.

Assunto: Resposta ao ofício GEOF-DIV.32/2017

Prezados Senhores!

O Município de Três Passos/RS, através da Secretária Municipal de Administração, neste ato representada por sua Secretária Cristiane Sell Müller, nomeada através da Portaria nº 794/2016 vem, perante Vossa Senhoria, ante a notificação recebida, informar que encontram-se em tratativas os procedimentos para adequação do plano de saúde.

Outrossim, informamos que devido ao envolvimento de vários setores, bem como dos funcionários, não é um problema de fácil solução, eis que faz-se necessária toda uma reestruturação, inclusive financeira e legal.

Desta forma, solicitamos que nos termos legais, não haja rescisão contratual na data anunciada (31.12.17), mantendo-se o contrato de prestação de serviços, até que o Município encontre uma solução viável a todos envolvidos com o Plano, considerando tratar-se de um contrato de longa data (1979). Informamos ainda, que é de interesse do Município solucionar a presente questão o mais breve possível.

Ante o exposto, solicitamos que a UNIMED se pronuncie formalmente no prazo de 10(dez) dias a contar do recebimento deste, quanto à continuidade do contrato. Mantendo sua decisão de rescisão, solicitamos o embasamento legal.



Ficamos no aguardo, retornando nossos elevados protestos de estima e consideração.

Atenciosamente.



Cristiane Sell Muller
Secretária de Administração

*Cristiane Sell Muller
Secretária de Administração
29/04/2016*

Ilmo. SR
Benísio Roque Rodrigues
Gerente de Operações e Finanças
Ijuí - RS



Ofício GEOF.DIV. 42/2017

Ijuí, 07 de dezembro de 2017.

Ao Município de Três Passos
TRÊS PASSOS/RS

Ref.: Resposta do Ofício 355/2017 - Solicitação de Prorrogação


A UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda., com sede em Ijuí/RS à Rua Siqueira Couto, nº 93, Centro, inscrita no CNPJ sob nº 87.647.756/0001-05, Registro na ANS sob o nº 357260, vem pelo presente informar o que segue:

Que em atenção ao ofício em epigrafe o qual solicita por parte desta OPS a prorrogação do prazo para rescisão do contrato firmado entre as partes, sob nº 031.2202.00, após deliberação da Diretoria Executiva, informamos que restou acatado o pedido realizado por esta Administração Municipal.

Dessa forma, esclarece-se que a referida solicitação será contemplada pelo período de 60 dias a contar de 31 de dezembro de 2017, findando, portanto, em 28 de fevereiro de 2018.

Sendo o que tínhamos para o momento, permanecemos a disposição para dirimir dúvidas existentes.

Atenciosamente,


UNIMED NOROESTE/RS - Sociedade Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.
Benício Roque Rodrigues
Gerente de Operações e Finanças.



GECIANA SEFFRIN <gecianas@gmail.com>

Assunto: Prorrogação do Contrato

Mensagem

De: Ana.Drh <ana.drh@trespassos-rs.com.br>
Para: Geciana Seffrin <gecianas@gmail.com>

5 de abril de 2018 11:28

Sra. Cristina Splendor Bartz
Diretora DRH
M Três Passos
(55) 3522-0401
(55) 99686-2837

De: Jessica Martini
Enviado: Thursday, March 22, 2018 11:33 AM
Para: Ana.Drh ; sell.cristiane@gmail.com
Cc: Lisandra Tamiozzo - Coordenadora Relacionamento Cliente ; Triane Batista - Gerente de Mercado ; Benício Rodrigues - Gerente de Operações e Finanças
Assunto: Prorrogação do Contrato

Bom dia, Sra. Ana e Sra. Cristiane

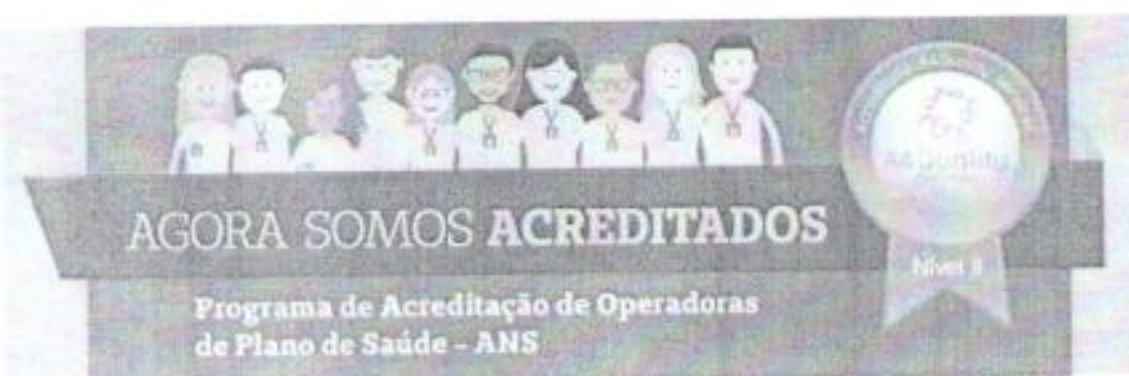
Protocolo de atendimento nº 35726020180322002854.

Em resposta ao Ofício SMAD nº 0131/2018 encaminhado pela PREFEITURA MUNICIPAL DE TRES PASSOS (031220200), informamos que atendemos ao pedido de prorrogação do atual contrato até a data de 30/04/2018, conforme solicitado.

Permanecemos a disposição.
Atenciosamente,--



Jéssica Martini
Relacionamento com o Cliente
(55) 3331-9700
www.unimednordesters.com.br





Porto Alegre, 04 de Abril de 2018.

Informação nº	483/2018
Interessado:	Município de Três Passos/RS, Poder Executivo.
Consulente:	Ana Cristina Splendor Bartz, Diretora de RH.
Destinatário:	Prefeito Municipal.
Consultores:	Júlio Cesar Fucilini Pause e Viviane de Freitas Oliveira.
Ementa:	É lícito ofertar aos servidores, independentemente do seu regime de previdência, plano de saúde complementar ao SUS, inclusive com participação do ente público no custeio, desde que autorizado por lei. Posição do TCE. Considerações acerca do caso concreto, tendo em conta o disposto no art. 246 da Lei Complementar Municipal nº 18/2011.

Por meio de correio eletrônico, registro DPM nº 16.059/2018, somos consultados como segue:

Conforme contato telefônico em 15/03/2018, com o Sr. Sergio, recebemos orientação quanto ao custeio de percentuais do plano de saúde para servidores e seus dependentes, onde nos foi dito que não haveria legalidade para pagamento de custeio para os dependentes dos servidores, entretanto, solicita-se uma orientação legal, para que sirva de embasamento para envio de projeto de lei (que deverá ser enviado até 22/03/2018), observando as seguintes situações:

1. A Prefeitura de Três Passos, possuiu um contrato com a Unimed, desde 1979, para plano de saúde, entretanto era um plano não regulamentado pela ANS, onde o pagamento dava-se sobre um percentual de 15,60% sobre o valor bruto da folha de pagamento do servidor, incluindo férias e 13º salário.
2. Tal percentual era para benefício do servidor titular e seus dependentes, independente de possuir dependentes inscritos ou não. Assim o Município custeava 50% do valor total, ficando 7,8% efetivamente descontado da folha de pagamento do servidor e 7,8% o Município aportava.
3. Durante o ano de 2017, o Município foi notificado pela Unimed, que deveria regulamentar seu plano de acordo com as normas da

ANS, inclusive pelo fato do contrato de 1979 estar fora da Lei nº 8.666/1993.

4. Depois de muitas tratativas e análises por parte desta Municipalidade, optou-se por licitar para contratar Operadora de Plano de Saúde, onde o certame teve como vencedora e única participante a Unimed.

5. Nosso prazo limite do plano anterior (1979) é até 31/03/2018, estando o Município no presente momento procedendo as inscrições para efetuar as migrações dos servidores que mantêm interesse no plano de saúde, para que não fiquem desassistidos a contar de 01/04/2018.

6. O plano ora licitado é per capita, por faixa etária, de acordo com as normas na ANS, possibilitando a utilização da tabela com valores licitados aos servidores e seus dependentes (observa-se que a tabela ficou mais de 50% abaixo dos valores praticados no mercado particular pela Unimed)

Resta dúvida quanto a legalidade e viabilidade do Município custear parte dos valores do plano de saúde para seus servidores, sendo:

1. A LC nº 018/2011 (Estatuto), prevê:

Da Assistência à Saúde

Art. 246. O Município manterá, mediante sistema próprio ou contributivo, plano de assistência à saúde para o Servidor e sua família submetidos ao regime de que trata esta lei.

§ 1º O plano de que trata este artigo poderá, no todo ou em parte ser satisfeito por instituição oficial ou particular de assistência a saúde, para a qual contribuirão o Município e o Servidor.

§ 2º As contribuições do Município e do Servidor serão fixadas por lei específica.

§ 3º A contribuição do Servidor para o custeio do plano de assistência a saúde, poderá ser proporcional aos seus dependentes.

§ 4º Os percentuais de contribuições serão fixados em lei.

§ 5º Para cobertura das complementações de que tratam os parágrafos anteriores, o Município poderá instituir sistema contributivo complementar, com outras entidades, a fim de complementar assistência médica, hospitalar, odontológica e exames complementares.

2. Nesse aspecto, solicita-se parecer sobre a possibilidade e legalidade do Município custear percentual do valor das mensalidades para os servidores, bem como para seus dependentes.

3. Qual o percentual indicado para custeio pelo Município?

4. Não havendo indicação para custeio de valores para os dependentes dos servidores (cônjuge e filhos), qual a base legal ou orientação disponível para embasamento de nosso projeto de Lei?

5. Tal orientação observou o preceito legal de nosso Estatuto?

Considerando o exíguo prazo para envio e aprovação de projeto de lei para custeio, viabilizando assim o plano de saúde a contar

de 01/04/2018, não deixando nenhum usuário desassistido, solicito brevidade no envio da resposta, considerando que o Sr. Sergio já foi devidamente consultado via telefone. [sic]

Após exame da matéria, opinamos:

1. A Constituição Federal, no art. 194, dispõe sobre a seguridade social, que *"compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social"*, visando, dentre outros objetivos, conforme o parágrafo único, inciso I, do mesmo artigo, à *"universalidade da cobertura e do atendimento"*.

A seguridade, nesses termos, é destinada a toda a população, indistintamente, sendo financiada, conforme o art. 195 da CF, *"por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios"*, além de contribuições sociais que vêm indicadas nos incisos I a IV e § 4.º, do mesmo artigo.

2. A assistência social, conforme o art. 203 da CF, *"será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição"*, tendo como objetivos *"a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice"*, *"o amparo às crianças e adolescentes carentes"*, a *"promoção da integração ao mercado de trabalho"*, a *"habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integridade à vida comunitária"* e *"a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei"*. A regulamentação infraconstitucional da matéria é feita pela Lei Federal n.º 8.742, de 07-12-03, que *"Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social"*.



3. A saúde está prevista no art. 196 da CF, sendo, sem necessidade de contribuição, um *"direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"*. Os serviços, em atendimento ao art. 198 da CF, são garantidos através do Sistema Único de Saúde - SUS, na forma da Lei Federal n.º 8.080, de 19-09-90, que *"Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências"*.

4. A previdência, por sua vez, salvo a complementar, de caráter facultativo, de que trata o art. 202 da CF, tem caráter contributivo e impõe filiação compulsória, destinando-se a assegurar aos seus beneficiários – contribuintes ou seus dependentes – os meios indispensáveis de manutenção por motivo de doença, invalidez, morte e idade avançada, atuando também na proteção da maternidade e do trabalhador em situação de desemprego involuntário, e assegurando salário-família, auxílio-reclusão e pensão por morte.

Sua organização se dá por meio do Regime Geral de Previdência Social – RGPS, hoje gerido pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, sendo facultado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a instituição de Regimes Próprios de Previdência Social – RPPS para dar cobertura aos seus servidores titulares de cargo de provimento efetivo. É o que se depreende da redação dos arts. 40, 149, § 1º e 201 da CF.

Infraconstitucionalmente, as Leis Federais 8.212 e 8.213, ambas de 24-07-91, tratam, respectivamente, sobre o custeio e os benefícios do RGPS, enquanto que a Lei Federal 9.717, de 27-11-98, dispõe *"sobre regras gerais para organização e o funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos militares dos Estados e do Distrito Federal e dá outras providências"*.

5. Como se vê, das três áreas que compõem a Seguridade Social, que são organizadas e funcionam com o regulamento de leis específicas, como determina, aliás, o art. 9.º da Lei 8.212-91, a previdência dá cobertura aos seus segurados, os quais têm filiação e contribuição compulsória, a assistência é prestada a quem dela necessitar, sem a necessidade de contribuição e, a saúde, também sem contribuição, se constitui em direito de todos e em dever do Estado em prestá-la.

É inequívoco, portanto, que independentemente de a Seguridade Social encontrar, ao final, a mesma fonte de financiamento, conforme o já citado art. 195 da CF, os objetivos imediatos e a cobertura das suas áreas – assistência, saúde e previdência – são completamente distintos.

6. O conceito de saúde, por exemplo, é bastante amplo. Nesse sentido esclarece SILVA (2005, p. 196)¹:

Não há que ser simplesmente a ausência de doença. Há que ser também o gozo de uma boa qualidade de vida. Não se trata apenas de assistência médica, ambulatorial, hospitalar. Vai muito além disso, porque envolve ações governamentais destinadas a criar ambiente sanitário saudável. Por isso mesmo a Constituição submete o direito à saúde ao conceito de Seguridade Social – o que o inclui no campo da proteção social. A leitura do art. 196 mostra que a concepção de saúde adotada não é simplesmente curativa, aquela que visa a restabelecer um estado saudável após a enfermidade; mas a prestação social, no campo da saúde, volta-se especialmente para os aspectos da prevenção, e não da Medicina curativa. Essa é a grande importância das normas constitucionais sobre a saúde, para além, mesmo, de outras Constituições. É tendo esses princípios em mente que o intérprete há de compreender essas normas constitucionais, levando em conta, ainda, o contexto social em que elas se inserem, que é um contexto de muita carência.

¹ SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2005.

E segue:

A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Partindo da mesma linha de interpretação do autor, e lembrando que o direito à saúde não pode ser visto com pragmatismo, até porque a norma do art. 196 da CF o aperfeiçoa consignando-lhe garantia, não se pode negar estarem, direta ou indiretamente, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, dando efetividade a esse direito também quando atuam de modo a incentivar a melhora dos seus fatores determinantes e condicionantes, como é o caso da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, etc., e, até mesmo, quando atuam, de acordo com suas competências constitucionais, de modo a facilitar o acesso da população à saúde complementar oferecida pela iniciativa privada.

7. Desse modo, quando o Município disponibiliza aos seus servidores – os quais constituem uma parcela da população – um plano de saúde complementar as prestações do Sistema Único de Saúde – SUS, participando, inclusive, no rateio do respectivo custo, nos termos de lei local que assim o autorize, estará o ente atuando na linha da política de saúde desenhada pela própria Constituição. Essa despesa encontra fundamento no próprio texto constitucional, mais precisamente no art. 195, § 1.º, segundo o qual “*As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos [...]*”. Salvo desvio de finalidade da verba, trata-se de uma despesa essencialmente pública.

Mesmo que esse ângulo de visão possa encontrar forte resistência, principalmente sob o argumento de que se estaria privilegiando um pequeno grupo – os servidores públicos – em detrimento de toda a coletividade, não

podemos negar que tal vantagem – plano de saúde complementar, com participação do Município no custeio – pode ser perfeitamente alocada entre as demais de caráter funcional, cuja competência para instituir é do Município, por lei de iniciativa do Prefeito, à simetria do que ocorre com o Presidente da República, nos termos do art. 61, § 1.º, II, “a” e “c”, da CF.

A criação de tal vantagem não vai contra o interesse público. Ao contrário disso, tutelando a relação laboral, propicia condições para assegurar a higidez do servidor, o que, sem dúvida, reflete na prestação dos seus serviços, que tem nos integrantes da coletividade seus destinatários. Tal medida, assim como qualquer outra de caráter profilático, há de refletir, também, favoravelmente, no custo – direto e indireto – do ente público com licenças-saúde dos seus servidores. Tal vantagem, enfim, se equipara às demais que, asseguradas aos servidores, de uma forma ou de outra, funcionam como fatores determinantes e condicionantes da sua saúde.

A ressalva que nos parece necessário fazer diz respeito aos inativos e aos pensionistas, os quais, a nosso ver, como não mais percebem remuneração, mas sim proventos, com a forma de cálculo – e indiretamente com o valor – definida pela Constituição, não poderiam ser beneficiados com o custeio parcial dessa vantagem, sob pena de o Município, indiretamente, estar-lhes garantindo proventos em valor superior ao que o Texto Constitucional determina. É de lembrar, como fundamento para essa preocupação, que as regras de aposentadoria e pensão são de absorção compulsória e imediata pelos entes federados², e, também, que em relação aos inativos e aos pensionistas, não é possível defender a tese de que o interesse em manter sua saúde refletirá no serviço prestado ao ente e à coletividade.

A opinião pela inviabilidade de o Município participar do custeio de tal vantagem aos inativos e aos pensionistas não impede, porém, que lhes seja oferecido o mesmo serviço de saúde garantido aos ativos, desde que se

² ADI 101-MG, RTJ 149/330.

responsabilizem, integralmente, pelas despesas decorrentes, alternativa que se nos afigura a mais adequada.

Essa alternativa – de custeio integral pelo beneficiário – também nos parece a mais adequada em relação aos dependentes dos servidores, os quais nunca sequer mantiveram vínculo funcional com o Município. O custeio dessa despesa aos dependentes dos servidores permite, em nossa leitura, de maneira mais sólida do que em relação aos servidores ativos e aos próprios inativos e pensionistas, argumentação no sentido de não contar com interesse público a lhe sustentar³.

Registramos, entretanto, e para finalizar este tópico, a existência de entendimento diverso, no sentido de que pode ser custeado um plano de saúde complementar às prestações do SUS também para inativos, pensionistas e inclusive dependentes desde que não sejam utilizados recursos vinculados à previdência, a exemplo do que fazem a União e o Estado (cada um com um formato distinto), no uso de sua autonomia.

8. As conclusões acima, a nosso ver, não tem relação com o regime previdenciário a que estão vinculados os servidores, pois não há que se confundir os objetivos e as prestações do sistema de previdência com os do sistema de saúde, este entendido nas mais diversas formas de prestação desse serviço. Em resumo, a participação do servidor em um sistema não condiciona ou impede a sua participação em outro, pois no sistema de seguridade social previsto na Constituição Federal, há autonomia conceitual entre previdência, assistência social e saúde.

³ Os precedentes do TCE/RS (Informação 35/2010) e do TCE/SC (prejulgado 2.122) mencionados pelo Município em contato telefônico (e que nos foram enviados em complementação) não analisaram, especificamente, o aspecto do custeio da despesa aos dependentes do servidor e, portanto, em nossa avaliação, não permitem afirmar, categoricamente, que ambas as Cortes de Contas têm a matéria (em relação aos dependentes) como decidida de forma definitiva.

Importante destacar que, na previdência pública, com a publicação da Emenda Constitucional n.º 20, de 15-12-98, houve a obrigatória cisão dos sistemas de previdência e saúde, que, muitas vezes, se confundiam em um só, principalmente no tocante as contribuições dos participantes e à contabilização dos recursos. Assim confirma SILVA (2005, p. 774)⁴:

A Constituição deu contornos mais precisos aos direitos de previdência social (arts. 201 e 202), mas seus princípios e objetivos continuam mais ou menos idênticos ao regime geral de previdência social consolidado na legislação anterior – ou seja: funda-se no princípio do seguro social, de sorte que os benefícios e serviços (**não mais o de saúde**) se destinam a assegurar aos seus beneficiários, mediante contribuição, os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte de quem dependem economicamente [...]. (Grifamos)

No mesmo sentido são as regras do art. 1.º, III, da Lei 9.717-98 e do art. 14 da Portaria MPS 402-2008 . Este último expressamente diz:

Art. 14. **É vedada a utilização de recursos previdenciários para custear ações** de assistência social, **de saúde**, de assistência financeira de qualquer espécie e para concessão de verbas indenizatórias, ainda que decorrentes de acidente em serviço.
[...] (Grifamos)

Na previdência geral, apesar de serem praticamente as mesmas as fontes de custeio, ou seja, as indicadas no art. 195 da CF, as prestações e serviços previdenciários são completamente distintos das prestações e serviços de saúde, estes últimos assegurados a todos os cidadãos independentemente de contribuição e gerenciados não pelo RGPS, mas sim pelo SUS.

⁴ Vide nota 1.

Dessa forma, no momento em que concluímos possível ao Município assegurar plano de saúde diferenciado aos seus servidores ativos, inclusive com participação no custeio, desde que autorizado por lei, tal possibilidade só fica vinculada à condição de servidor de cada beneficiário, e não ao regime de previdência a que pertença, pois, qualquer deles, seja o RPPS ou o RGPS, não asseguram serviços de saúde.

Se o entendimento a prevalecer for pela impossibilidade de oferecimento de saúde diferenciada pelo Município, sob o argumento de que o princípio da isonomia não autoriza tratamento privilegiado do servidor público à conta do erário, este deve abranger a todos os servidores, independentemente do seu regime de previdência, pois tanto os vinculados ao RGPS como os vinculados ao RPPS contam com a proteção do SUS, e, em ambos os casos, em última análise, é o contribuinte que garante os recursos para tais serviços. Conclusão distinta, fundada, tão-somente, no regime previdenciário do servidor, ao que nos parece, ofende o princípio da igualdade.

9. Como exemplo, destacamos que, na União, a assistência à saúde compreende o Plano de Seguridade Social dos servidores, nos termos dos arts. 184, III, 185, I, "g" e 230 da Lei 8.112, de 11-12-90, que "Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais".

Transcrevemos o art. 230:

Art. 230. A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas

com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento.
[...]

O artigo acima, parcialmente transcrito, foi regulamentado pelo Decreto Federal n.º 4.978, de 03-02-04, que dispôs sobre a assistência à saúde do servidor.

O art. 1.º esclarece:

Art. 1º A assistência à saúde do servidor ativo ou inativo e de sua família, de responsabilidade do Poder Executivo da União, de suas autarquias e fundações, será prestada mediante: (Redação dada pelo Decreto nº 5.010, de 2004)

I - convênios com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa; ou (Incluída pelo Decreto nº 5.010, de 2004)

II - contratos, respeitado o disposto na Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993. (Incluída pelo Decreto nº 5.010, de 2004)

§ 1º O custeio da assistência à saúde do servidor de que trata o caput deste artigo é de responsabilidade da União, de suas autarquias e fundações e de seus servidores.

§ 2º O valor a ser despendido pelos órgãos e entidades da administração pública federal, suas autarquias e fundações públicas, com assistência à saúde de seus servidores e dependentes, não poderá exceder à dotação específica consignada nos respectivos orçamentos.

§ 3º Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União.

Em comentários ao Estatuto da União, ROCHA, LUCARELLI e MACHADO (2006, p.378)⁵, após salientar a impossibilidade do custeio de saúde aos servidores com recursos previdenciários, não concluem pela sua ilegalidade, desde que não reste comprometido o equilíbrio financeiro e atuarial dos regimes de previdência, o que não ocorre exatamente pela impossibilidade de utilizar esses

⁵ ROCHA, Daniel Machado da; LUCARELLI, Fábio Dutra; MACHADO, Guilherme Pinho. **Comentários à Lei do Regime Jurídico Único dos Servidores Civis da União – Lei n.º 8.212, de 11 de dezembro de 1990**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2006.

recursos vinculados – mas sim recursos orçamentários livres – para a manutenção de tal vantagem.

Transcrevemos o trecho que aborda a matéria:

O Estatuto do Servidor Público Federal prevê a assistência à saúde como benefício integrante do "plano de seguridade". Tal assistência à saúde pode ser prestada pelo SUS, diretamente pelo órgão ao qual estiver vinculado o servidor, ou ainda por entidades particulares conveniadas com a administração.

É importante destacar que a Lei n.º 9.717/98, que trata das normas gerais para a organização e funcionamento dos regimes próprios, no seu artigo 5.º veda a concessão de benefícios distintos dos previstos no Regime Geral de Previdência Social. Além disso, o inciso III do artigo 1.º determina que as contribuições da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e as dos segurados somente podem ser utilizados para o pagamento de benefícios previdenciários. Assim, a lei exigiu uma separação efetiva entre a atividade de assistência à saúde e os regimes previdenciários. A idéia da separação foi permitir a continuidade da assistência à saúde por parte dos Poderes públicos aos seus servidores, mas, sem que esta atividade pudesse comprometer o equilíbrio financeiro e atuarial dos regimes.

Até recentemente, existia uma disparidade na prestação de serviços de saúde dos diversos órgãos da administração federal, seja na amplitude dos contratos, na qualidade dos serviços fornecidos, e também nos valores cobrados do servidor. Em alguns casos, os servidores não contavam com nenhuma cobertura de planos de saúde. Com o objetivo de regulamentar o artigo em foco, editou-se o Decreto n.º 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, segundo o qual a assistência à saúde será prestada por intermédio de convênios, a serem firmados com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa, ou contratos em conformidade com a Lei 8.666/93.

Ainda para ilustrar, podemos lembrar que no Estado, a Lei Complementar n.º 12.066, de 29-03-04, através do art. 1.º, criou, junto ao IPERGS, o Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS, destinado exclusivamente ao custeio do Sistema de Assistência à Saúde, com participação paritária do Estado e dos servidores no custeio (3,1% para o Estado e 3,1% para os servidores), nos termos do art. 2.º, I e II.

Já a Lei Complementar Estadual n.º 12.134, de 26-07-04, no art. 3.º e incisos, classifica como segurados do plano de saúde, independentemente do regime de trabalho, uma grande gama de servidores, tanto os que estão vinculados ao RPPS estadual como os vinculados ao RGPS, como são exemplo os titulares, exclusivamente, de cargo em comissão.

10. É bem verdade que a compulsoriedade da filiação e da contribuição dos servidores ao sistema de saúde, estabelecido nas leis referidas no item anterior, é inconstitucional, como, aliás, já se manifestou o Supremo Tribunal Federal na ADI 1920/MC/BA⁶, envolvendo caso semelhante no Estado da Bahia, e o próprio Tribunal de Justiça do Estado em relação ao art. 3.º e § 1.º da Lei Complementar Estadual n.º 12.134-04⁷.

As decisões acima referidas, bem como outras tantas do Tribunal de Justiça do Estado que versam sobre a mesma matéria⁸, somente afirmam ser inconstitucional a **instituição compulsória** de contribuição dos servidores para um sistema de saúde, o que fazem com base em sólidos fundamentos, mas, **em momento algum, concluem tratar-se de despesa não pública aquela decorrente da disponibilização de saúde diferenciada aos servidores com participação financeira do erário, desde que a adesão destes seja facultativa.**

Ao contrário disso, ao julgar o Agravo de Instrumento n.º 70011874484, o Tribunal expressamente referiu da *"possibilidade de instituição de plano à saúde de forma facultativa, suplementar ao SUS, em situação similar a dos planos privados"*, sem fazer qualquer ressalva ao regime de previdência dos beneficiários:

⁶ Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1920 MC / BA. Relator Min. Nelson Jobim. Julgado em 23-06-99.

⁷ Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Incidente de Inconstitucionalidade n.º 70011058179. Relatora Das. Maria Berenice Dias. Julgado em 28-02-05.

⁸ Processos n.ºs 70009301144, 70011904521, 70009292608 e outros.



AGRAVO DE INSTRUMENTO. PREVIDÊNCIA PÚBLICA. IPE SAÚDE. DESCONTO DESTINADO A CUSTEAR PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES. COMPULSORIEDADE DA CONTRIBUIÇÃO INSTITUÍDA PELO ENTE PÚBLICO. DESCABIMENTO. AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONSTITUCIONAL PARA TAL COBRANÇA. FACULDADE DE O SERVIDOR ADERIR OU NÃO A TAL PLANO, VISANDO OBTER ASSISTÊNCIA À SAÚDE. O Estado não pode instituir contribuição compulsória, de seus servidores para custear a assistência à saúde, sendo cabível o deferimento de tutela antecipatória para suspender o desconto de 3,1% dos vencimentos do servidor, instituído pela Lei Complementar Estadual nº 12.066/04. Inteligência do art. 149, § 1º, da Constituição Federal. O direito à saúde é assegurado a todo cidadão, por força do art. 196 da Constituição Federal, independentemente de contribuição. **Possibilidade de instituição de plano à saúde de forma facultativa, suplementar ao SUS, em situação similar a dos planos privados.** Precedentes do STF, STJ e TJRS. Agravo de instrumento provido liminarmente.⁹ (grifamos)

Mesma opinião manifestou o Desembargador Henrique Osvaldo Poeta Roenick, na decisão monocrática do Agravo de Instrumento n.º 70009459694, do qual extraímos o trecho a seguir:

[...] a assistência à saúde é apenas um dos pilares da seguridade social, sendo esta constituída, ainda, da previdência social (esta sim de caráter obrigatório quanto ao desconto correspondente) e da assistência social (a qual independente de qualquer contribuição). E a assistência à saúde é gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS), pois direito de todos e dever do Estado.

Obviamente que pode o Estado do Rio Grande do Sul, como o fez, disponibilizar aos seus servidores ativos (inclusive para os detentores de cargo em comissão), inativos e pensionistas, mediante desconto tendente a manter o sistema, um plano de saúde. A circunstância de haver o SUS não impede os entes federados que disponibilizarem tais planos de atendimento à saúde de seus servidores. Mas a tais planos, por óbvio, não estão os servidores obrigados a aderir. E isto por dois motivos básicos. Primeiro, porque a assistência à saúde não tem o caráter da solidariedade (dai a compulsoriedade)

⁹ Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Agravo de Instrumento n.º 70011874484. Relator: Des. Carlos Eduardo Zietlow Duro. Julgado em 01-06-05.

como tem a previdência social. Segundo, porque o cidadão tem o direito de escolher o plano de saúde remunerado que melhor lhe convenha.¹⁰

[...] (grifamos)

Também o Superior Tribunal de Justiça – STJ, ao julgar o Recurso Extraordinário em Mandado de Segurança n.º 15.681 – MS, apesar de entender descabida a compulsoriedade da contribuição e da filiação dos servidores públicos a sistema de saúde complementar ao SUS, admite a sua instituição quando a adesão for facultativa, sobretudo quando afirma não ter o servidor direito aos serviços quando opta pela não contribuição, conclusão que somente pode decorrer da possibilidade legal da manutenção de tal serviço.

Transcrevemos a Ementa:

ADMINISTRATIVO. RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA. SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS. CONTRIBUIÇÃO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COMPULSORIEDADE. DESCABIMENTO. PRETENSÃO AO BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDEPENDENTEMENTE DO PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. 1. A contribuição para a Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul - CASSEMS, não tem natureza tributária e, pois, cogente. Decorre da livre adesão dos interessados, da mesma maneira como acontece com os diversos planos de saúde que têm sempre natureza complementar. Não estão, portanto, os servidores públicos estaduais obrigados a contribuir. 2. **Se, por um lado, não pode a Caixa de Assistência exigir dos servidores públicos estaduais, compulsoriamente, o pagamento de contribuições - que depende da livre adesão de cada servidor - de outro, não está obrigada a prestar serviços a quem não contribui para o custeio das ações desenvolvidas por essa entidade.** 3. Recurso improvido.¹¹ (grifamos)

¹⁰ Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Agravo de Instrumento n.º 70009459694. Relator: Des. Henrique Osvaldo Poeta Roenick. Julgado em 13-08-04.

¹¹ Superior Tribunal de Justiça. Recurso Ordinário em Mandado de Segurança n.º 15.681/MS. Relator: Min. Castro Meira. Segunda Turma. Julgado em 04-11-2003. Publicado no DJ em 01-12-03, p. 294.

11. Em que os argumentos acima expostos, favoráveis ao oferecimento de plano de saúde diferenciado e complementar ao SUS aos servidores ativos municipais, inclusive com participação do Município no custeio, desde que autorizado por lei, independentemente do regime de previdência a que estiverem vinculados e da forma como isso seja feito – convênio ou contrato, com entidade pública ou privada –, o TCE-RS manifestou posicionamento diverso em diversos Pareceres, como é exemplo o de n.º 05-2004, acolhido pelo Pleno, à unanimidade, em sessão de 14-09-2005:

Plano de Saúde médico-hospitalar para servidores públicos municipais: convênio ou contratação com entidade pública ou privada, com cobertura financeira parcial ou total pelos cofres municipais. Consultas de diversas municipalidades.

Município com filiação compulsória previdenciária ao INSS. Impossibilidade. Despesa pública ilegítima. Violação ao princípio constitucional da igualdade.

Município com sistema próprio de previdência, nos termos postos pela Constituição e a lei: possibilidade, em conformidade com a devida regulação normativa local autorizadora.¹²

É de considerar, entretanto, que a posição acabou revista no TCE-RS, tanto que nova decisão, contrária aos Pareceres referidos, entendendo pela possibilidade de o Município custear plano de saúde diferenciado aos seus servidores (tido como benefício funcional assistencial, sem caráter remuneratório) foi proferida no Processo n.º 17650200076 e publicada pelo Boletim n.º 818-2007 em 02-10-2007 (Decisão TP-1.217/2007), à unanimidade, pelo Pleno. Essa linha de entendimento também foi registrada na Informação TCE n.º 35/2010.

¹² No mesmo sentido os Pareceres do TCE-RS n.º 04-04, n.º 06-04, n.º 07-04 e n.º 08-04, todos acolhidos pelo Pleno, à unanimidade, em sessão de 14-09-2005.



12. Resumindo, sob o ponto de vista conceitual, entendemos ser constitucional e legal a disponibilização, pelo Município, aos seus servidores ativos, independentemente do regime de previdência a que estiverem vinculados, de um plano de saúde complementar ao SUS, com adesão facultativa, inclusive com a sua participação no custeio, desde que autorizada por lei¹³. O percentual de participação do Município deve ser fixado levando em consideração as limitações orçamentárias e financeiras, bem como critérios de conveniência e oportunidade, sendo nossa sugestão de que os servidores colaborem com metade das despesas respectivas, bem como que inativos, pensionistas e dependentes sejam responsáveis pelo custeio integral das despesas, se beneficiados pelo plano.

13. No caso concreto já há, inclusive, previsão, na Lei Complementar Municipal nº 18/2011, Estatuto dos Servidores, mais precisamente no art. 246, no sentido de que *"O Município manterá, mediante sistema próprio ou contributivo, plano de assistência à saúde para o Servidor e sua família"* (caput). O mesmo artigo ainda estabelece que *"O plano de que trata este artigo poderá, no*

¹³ O Tribunal de Justiça do Estado já endossou a conclusão exposta em precedente que tratou de questão semelhante, qual seja de que é possível o Município disponibilizar a seus servidores ativos um plano de saúde complementar ao SUS, com adesão facultativa e com a sua participação no custeio, de forma paritária, desde que autorizado por lei. Transcrevemos: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEIS NºS. 1.128/2004 E 1.241/2006 DO MUNICÍPIO DE ITACURUBI. CRIAÇÃO DO FAMEOS – FUNDO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-ODONTOLÓGICA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS. LEI DE INICIATIVA DO EXECUTIVO MUNICIPAL. PARTICIPAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PRIVADA DE FORMA COMPLEMENTAR AO SISTEMA DE SAÚDE MEDIANTE CONTRATO DE DIREITO PÚBLICO. INEXISTÊNCIA DE ÓBICE JURÍDICO-LEGAL. ARTIGOS 197 E 199 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. VEDAÇÃO A REGRAS DE LEI MUNICIPAL QUE DISPONHAM SOBRE DIREITO CIVIL E PENAL. ARTIGO 22 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE PARCIALMENTE PROCEDENTE. (ADI 70017200023, Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado, julgamento em 19-03-07).

todo ou em parte ser satisfeito por instituição oficial ou particular de assistência a saúde, para a qual contribuirão o Município e o Servidor" (§1º), bem como que "As contribuições do Município e do Servidor serão fixadas por lei específica" (§2º) e que "§ 3º A contribuição do Servidor para o custeio do plano de assistência a saúde, poderá ser proporcional aos seus dependentes"

Para operacionalizar a oferta dessa assistência à saúde, qualquer que seja a forma escolhida (ou seja, instituição oficial ou particular), é imprescindível, então, que haja contribuição do servidor e do Município, na proporção que deverá ser estabelecida em lei específica (referida expressamente no §2º do art. 246, a qual deve levar em conta os serviços a serem contratados) e que, no caso dos servidores, poderá ser proporcional aos seus dependentes.

O percentual de participação no custo da assistência à saúde usualmente utilizado, é de 50% para o Município e de 50% para o servidor, o que, no entanto, depende de análise de conveniência e oportunidade local, sobretudo considerando as condições orçamentárias e financeiras respectivas.

Conforme explicitamos alhures (item 7 desta Informação Técnica), e apesar de a questão permitir argumentos em sentido diverso, entendemos mais adequado, sob o ponto de vista da justificativa da despesa pública, que o custeio de parte dos custos com a assistência à saúde, pelo Município, se restrinja aos servidores ativos. Isso não significa que só os ativos possam ter acesso ao plano, mas sim que somente estes terão subsidiada parte da despesa respectiva pelo Município, arcando integralmente com o custo dos seus dependentes.

Aliás, a rigor, o já citado art. 246 diz que o Município manterá plano de assistência à saúde para "o Servidor e sua família", o que é indicativo de que não se pode restringir o acesso ao plano somente ao servidor. Ao mesmo tempo, o dispositivo não garante que o Município subsidiará a despesa com



Borba, Paixe & Perin - Advogados
Scilicet exequatur, uti patet de iure conuenienter

a família do servidor, afirmando, no também já referido §3º do art. 246, que a contribuição do servidor poderá ser proporcional aos seus dependentes¹⁴.

É como opinamos, s.m.j.


Julio Cesar Fucilini Paixe
OAB/RS nº 47.013


Viviano de Freitas Oliveira
OAB/RS nº 35.734

¹⁴ Em que pese seja essa nossa leitura do dispositivo, o ideal seria sua alteração para que não restasse qualquer dúvida a esse respeito (o eu, no entanto, só pode ser feito pô lei complementar).



Procuradoria Três Passos <procuradoria3p@gmail.com>

Fwd: Plano de Saúde

1 mensagem

Cristiane Sell <sell.cristiane@gmail.com>
Para: procuradoria3p@gmail.com

3 de abril de 2018

----- Mensagem encaminhada -----

De: Elisangela Hesse <elisangela@famurs.com.br>

Data: 2 de abril de 2018 17:58

Assunto: RES: Plano de Saúde

Para: Cristiane Sell <sell.cristiane@gmail.com>

Boa tarde Cristiane,

Tudo bem?

Em razão de muita agenda fora da FAMURS só consegui dar atenção às demandas represadas.

Sim, conforme já havíamos colocado em contatos anteriores, fomos até o TCE buscar orientação quanto à possibilidade ou não do poder público custear parte do plano de saúde dos dependentes do servidor público, e fomos atendidos pela Dra. Larissa, servidora da área da Consultoria Técnica.

No banco de pareceres e informações do TCE a Dra. Larissa chamou a atenção quanto à Informação nº 35/2010, que tratou sobre Plano de Saúde.

Daquela informação (que segue anexa) asseverou que (apesar de não tratar exclusivamente sobre a possibilidade ou não do poder público custear parte do plano de saúde dos dependentes dos servidores), as citações da referida afirmação dizem somente respeito ao custeio do plano de saúde do servidor público e dos agentes políticos:

"A Consultoria Técnica, através da Informação nº 06/2007, de fls. 35 a 52, ratifica os termos da Informação nº 127/2001 exarada no processo nº 7497-02.00/01-7, da qual transcreve as conclusões, entendendo, em suma, "inexistir qualquer óbice de ordem legal a que o Poder Público possa custear plano de saúde para os respectivos agentes públicos (Prefeitos, Vereadores, Vice-Prefeitos, Secretários, servidores, etc.), independentemente do regime previdenciário a que os mesmos estejam submetidos, observados, por óbvio, os princípios constitucionais estatuidos no caput do art. 37 da Lei Maior, em especial, o da legalidade, ou seja, a necessidade de previsão em lei específica, sendo imprescindível que haja a participação dos citados agentes no custeio do referido plano. Além disso, cabe-nos ressaltar, mais uma vez, que, face à vedação posta no inciso XI do art. 167 da Carta Federal, as contribuições sociais de que tratam a alínea "a" do inciso I (patronal) e o inciso II (segurado), somente podem ser empregadas para o pagamento de benefícios previdenciários, com o que não haveria a mínima possibilidade de duplicidade de emprego de recursos públicos com vistas a custear uma mesma despesa."

Assim, o entendimento do TCE/RS é no mesmo sentido do TCE/SC, já enviado à esta municipalidade.
Espero de alguma forma ter ajudado a elucidar a questão.

Atenciosamente,

Elisângela Hesse
Assessora Jurídica
OAB/RS 54.325

Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul
Rua Marcílio Dias, 574 - Porto Alegre/RS
Telefone: 51 3230.3110
www.famurs.com.br

-----Mensagem original-----

De: Cristiane Sell <sell.cristiane@gmail.com>
Enviada em: segunda-feira, 2 de abril de 2018 17:03
Para: Elisangela Hesse <elisangela@famurs.com.br>
Assunto: Plano de Saúde

Olá, Boa Tarde Elisângela, tudo bem?

Então, conforme combinamos, estou no aguardo de seu e-mail referente as definições quanto ao Plano de Saúde das Prefeituras, gostaríamos de encaminhar o projeto de lei para Câmara de Vereadores esta semana.

Desde já agradeço ao pronto atendimento.

Cristiane Sell Müller
Secretaria Municipal de Administração
Três Passos
55 3522 0401

 Informação nº 35 - 2010 - PM Marau ISAM.pdf
1010K

Prejulgado:2.122 – TCE/SC – Custeio de Plano de Saúde de Servidor

1. Sim, há a possibilidade de o Poder Público subsidiar 50% (cinquenta por cento) do plano de saúde privado aos servidores públicos;
2. O plano de saúde dos agentes públicos pode ser oferecido pela Administração Pública, em caráter facultativo, orientada à melhor qualidade de vida dos servidores públicos, com o objetivo de aperfeiçoar a prestação dos serviços públicos, destinado a suplementar e complementar os serviços postos à disposição da comunidade pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Sua implementação demanda estudo prévio detalhado acerca das repercussões orçamentárias e financeiras, inclusive a médio e longo prazo;
3. A lei implementadora de plano de saúde deve contemplar a generalidade dos servidores públicos, pois a assistência à saúde é matéria afeta ao respectivo regime jurídico. A propositura da lei será de iniciativa exclusiva do Chefe do Poder Executivo, conforme o art. 61, § 1º, II, 'c' da Constituição Federal e art. 50, § 2º, IV, da Constituição Estadual, e deverá prever, expressamente, entre outros:
 - a) gestão dos recursos em separado do sistema de previdência, com gestão específica para atender aos serviços de assistência médica;
 - b) forma de admissão dos segurados e dependentes, extensão dos benefícios, funcionamento do sistema, limitação da responsabilidade do ente, estabelecendo que a adesão ao plano de assistência à saúde é facultativa;
 - c) exigência de prévia licitação, segundo as normas da Lei n. 8.666/93, para a contratação da prestação de serviços de saúde;
 - d) especificação dos serviços de assistência à saúde que serão oferecidos pelo plano e condições de sua prestação;
 - e) disciplina da participação ou não dos beneficiários no preço dos serviços utilizados (além da contribuição mensal);
 - f) recursos orçamentários que serão disponibilizados para atender às despesas decorrentes da participação do Poder Público no custeio do plano e atendimento aos arts. 16, 17 e 24 da Lei Complementar 101/2000, bem como do limite de despesa com pessoal.

Processo:	<u>CON-10/00189128</u>
Parecer:	COG-1373 com acréscimos do Relator
Decisão:	5641/2012
Origem:	Câmara Municipal de Joinville
Relator:	Salomão Ribas Junior

Data da Sessão: 19/11/2012
Data do Diário Oficial: 19/12/2012

Processos com Decisões Análogas:

nº Processo	Item do Prejulgado	nº Parecer	nº Decisao	Data Decisão
<u>CON-02/08996613</u>	prejulgado 1373.	COG 202/2003	1370	12/05/2003
<u>CON-05/03972657</u>	Prejulgado 1753.	COG 729/2005	3568	14/12/2005

Legislações

Legislação Estruturante da Saúde Suplementar

- Decreto nº 3.327 / Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências.
Lei nº 9.656 / Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
Lei nº 9.961 / Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.
Lei nº 10.185 / Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Legislação Subsidiária à Saúde Suplementar

- Lei nº 6.024 / Dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras, e dá outras providências.
Lei nº 8.069 / Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
Lei nº 8.078 / Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.
Lei nº 9.613 / Dispõe sobre os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores; a prevenção da utilização do sistema financeiro para os ilícitos previstos nesta Lei; cria o Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, e dá outras providências.
Lei nº 9.784 / Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal.
Lei nº 10.522 / Dispõe sobre o Cadastro Informativo dos créditos não quitados de órgãos e entidades federais e dá outras providências.
Lei nº 10.741 / Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
Lei nº 11.101 / Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária.

Legislação Relacionada a Agentes Públicos

- Decreto nº 1.171 / Aprova o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal.
Lei nº 8.112 / Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.
Lei nº 8.745 / Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.
Lei nº 9.986 / Dispõe sobre a gestão de recursos humanos das Agências Reguladoras e dá outras providências.
Lei nº 10.871 / Dispõe sobre a criação de carreiras e organização de cargos efetivos das autarquias especiais denominadas Agências Reguladoras, e dá outras providências.
Lei nº 12.813 / Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego; e revoga dispositivos da Lei nº 9.986, de 18 de julho de 2000, e das Medidas Provisórias nos 2.216-37, de 31 de agosto de 2001, e 2.225-45, de 4 de setembro de 2001.
Portaria nº 333 / A MINISTRA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO E O MINISTRO DE ESTADO CHEFE DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição e o art. 8º da Lei nº 12.813, de 16 de maio de 2013, resolvem:

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Centros Colaboradores

RN nº 188 / Dispõe sobre as instituições denominadas "Centro Colaborador de Ensino e/ou Pesquisa", e dá outras providências.

Comitês Internos

RN nº 165 / Dispõe sobre o Comitê Permanente de Gestão do Conhecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e revoga a Resolução Normativa - RN nº 111, de 19 de setembro de 2005.

Observatório da Saúde Suplementar

RN nº 218 / Dispõe sobre o Observatório de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Participação da Sociedade Civil

RN nº 242 / Dispõe sobre a participação da sociedade civil e dos agentes regulados no processo de edição de normas e tomada de decisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS mediante a realização de consultas e audiências públicas, e câmaras técnicas

Qualidade na Saúde Suplementar

RN nº 139 / Institui o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

RN nº 277 / Institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

RN nº 278 / Institui o programa de conformidade regulatória e altera a Resolução Normativa Nº 159, de 3 de julho de 2007, que dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, e a Resolução Normativa Nº 227, de 19 de agosto de 2010, que dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar.

RN nº 405 / Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.

Regimento Interno

RR nº 1 / Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências.

RDC nº 9 / Aprova o Regulamento de Licitações e Contratações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Fiscalização

Notificação de Intermediação Preliminar - NIP

RN nº 343 / Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP; altera a Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003; e revoga a RN nº 226, de 5 de agosto de 2010.

Processo Administrativo Sancionador

RN nº 48 / Dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Programa de Fiscalização Pró-ativa

RN nº 223 / Dispõe sobre o programa de fiscalização pró-ativa e altera o regimento interno da ANS instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Sanções Aplicáveis

RN nº 124 / Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

RN nº 372 / Dispõe sobre a celebração do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta - TCAC previsto no artigo 29 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

Operadoras - Aspecto Econômico-financeiro

Ativos Garantidores

RN nº 94 / Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários.

RN nº 159 / Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

RN nº 203 / Dispõe sobre os ativos garantidores das administradoras de benefícios.

RN nº 227 / Dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das Provisões Técnicas, especialmente da Provisão de Eventos / Sinistros a Liquidar e altera a Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009.

Fundo Garantidor

RN nº 191 / Institui o Fundo Garantidor do Segmento de Saúde Suplementar (FGS) pelas Operadoras de Planos de Saúde.

Garantias Financeiras - Margem de Solvência e Provisões Técnicas

RN nº 75 / Dispõe sobre a provisão técnica para garantia de remissão a que estão sujeitas as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde.

RN nº 206 / Dispõe sobre a alteração na contabilização das contraprestações e prêmios das operações de planos de assistência à saúde na modalidade de preço pré-estabelecido e altera as Resoluções Normativas nº. 159 e 160, ambas de 3 de julho de 2007.

RN nº 209 / Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011)

Plano de Contas

RN nº 290 / Dispõe sobre o Plano de Contas Padrão da ANS para as operadoras de planos de assistência à saúde; altera o artigo 4º e o inciso I do artigo 5º, todos da Instrução Normativa Conjunta nº2, de 7 de julho de 2010, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 26, de 1º de abril de 2003; a RN nº 126, de 11 de maio de 2006; a RN nº 143, de 2 de janeiro de 2007; o § 1º do artigo 1º da RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009; a RN nº 247, de 25 de fevereiro de 2011; a Instrução Normativa - IN/DIOPE no- 1, de 30 de agosto de 2002; a IN/DIOPE no- 19, de 2 de setembro de 2008; a IN/DIOPE no- 21, de 19 de novembro de 2008; a IN/DIOPE nº 26, de 30 de março de 2009; a IN/DIOPE nº 29, de 19 de junho de 2009; a IN/DIOPE nº 32, de 11 de setembro de 2009; a IN/DIOPE nº 37, de 22 de dezembro de 2009; a IN/DIOPE nº 41, de 30 de março de 2010; a IN/DIOPE nº 42, de 7 de junho de 2010; a IN/DIOPE nº 43, de 5 de julho de 2010 e a IN/DIOPE nº 46, de 25 de fevereiro de 2011.

Operadoras - Manutenção de Registros

Alienação de Carteira

RN nº 112 / Dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências.

RN nº 384 / Dispõe sobre oferta pública de referências operacionais e cadastro de beneficiários - OPRC, estabelecendo requisitos para habilitação e condições especiais para as operadoras com proposta autorizada e altera a Resolução Normativa - RN nº 112, de 28 de setembro de 2005; a RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e a RN nº 316, de 30 de novembro de 2012.

Alteração ou Transferência do Controle Societário

RN nº 270 / Dispõe sobre o procedimento e os requisitos mínimos para autorização pela ANS dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação fusão ou cisão; dá nova redação ao artigo 28 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde; e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 83, de 16 de agosto de 2001, que dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - Operadoras.

Autorização de Funcionamento, Registros, Comercialização

RDC nº 28 / Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto.

RN nº 16 / Estabelece medidas normativas a serem adotadas pelas Operadoras de planos privados de assistência à saúde, relativas aos materiais publicitários de caráter institucional.

RN nº 85 / Dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

Contratos da Operadora com a Rede Prestadora

RN nº 42 / Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares.

RN nº 54 / Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais.

RN nº 71 / Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

RN nº 241 / Estabelece a obrigatoriedade de negociação dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços

Designação de Profissionais

RN nº 255 / Dispõe sobre a designação do responsável pelo fluxo das informações relativas à assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 64, de 10 de abril de 2001.

Georreferenciamento

RN nº 285 / Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

Indícios de Crimes de Lavagem ou Ocultação de Bens, Direitos e Valores

RN nº 117 / Dispõe sobre a identificação de clientes, manutenção de registros e prevê relação de operações e situações que podem configurar indícios de ocorrência dos crimes previstos na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, e dá outras providências.

Modalidades de Operação no Mercado de Saúde Suplementar

RDC nº 39 / Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

RN nº 40 / Veda às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a comercialização de produtos de assistência à saúde não previstos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências

RN nº 137 / Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar.

RN nº 196 / Dispõe sobre a Administradora de Benefícios.

Portal Corporativo

RN nº 190 / Dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Regimes Especiais e Planos de Recuperação

RN nº 256 / Institui o Plano de Recuperação Assistencial e regula o regime especial de Direção Técnica no âmbito do mercado de saúde suplementar, e dá outras providências.

RN nº 276 / Estabelece procedimentos a serem observados nos inquéritos administrativos aplicados à liquidação extrajudicial das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por força do art. 24-D, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

RN nº 300 / Dispõe sobre a designação do Diretor Fiscal ou Técnico e do Liquidante; sobre as despesas com a execução dos regimes de direção fiscal ou técnica e de liquidação extrajudicial; e revoga a RN nº 109, de 24 de agosto de 2005, que dispõe, em especial, sobre a remuneração de profissionais designados para exercer o encargo de Diretor Fiscal, de Diretor Técnico e de Liquidante.

RN nº 307 / Dispõe sobre os procedimentos de adequação econômico-financeira das operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata a alínea "e" do inciso XLI do artigo 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; revoga a RN nº 199, de 07 de agosto de 2009; e dá outras providências.

RN nº 316 / Dispõe sobre os regimes especiais de direção fiscal e de liquidação extrajudicial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga a RDC nº 47, de 3 de janeiro de 2001, e a RN nº 52, de 14 de novembro de 2003.

Operadoras - Ressarcimento ao SUS

Procedimento Administrativo de Ressarcimento ao SUS

RN nº 358 / Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP

RN nº 240 / Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP para fins de Ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, alterando a RN nº 239, de 5 de novembro de 2010.

Operadoras - TISS

Padrão Obrigatório para Troca de Informações

RN nº 305 / Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.

Operadoras- Compromissos e Interações com a ANS

Envio de Informações via Sistemas

RN nº 56 / Cria o Sistema de Cadastro de Planos Privados de Assistência à Saúde comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

RN nº 72 / Dispõe sobre a instituição do Programa de Transmissão de Arquivos - PTA, entre Operadoras de planos privados de assistência à saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para transmissão dos arquivos de dados de todos os sistemas que não possuem mecanismo de envio próprio ou para os que não possuem um sistema específico.

RN nº 173 / Dispõe sobre a versão XML (Extensible Markup Language) do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS/ANS. (Redação dada pela Rn nº 274, de 20/10/2011)

RN nº 205 / Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2010 e dá outras providências.

RN nº 295 / Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 250, de 25 de março de 2011; e dá outras providências.

Pagamentos e Parcelamentos de Débitos

RN nº 46 / Dispõe sobre a consolidação dos créditos decorrentes das multas administrativas pecuniárias aplicadas pela ANS.

RN nº 89 / Dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

RN nº 123 / Dispõe sobre a dispensa de constituição e exigência, cobrança administrativa e cobrança judicial dos créditos da ANS de valores irrisórios cuja cobrança não justifique o custo respectivo.

RN nº 103 / Dispõe sobre o lançamento da Taxa de Saúde Suplementar, instituída pela Lei nº 9.961, de 2000, regulamenta o processo administrativo fiscal no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.

Plano de saúde - Cobertura

Cobertura Assistencial - Rol de Procedimentos

RN nº 211 / Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

RN nº 262 / Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

RN nº 325 / Altera a Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, de que trata art. 10-B da Lei nº 9.656, de 1998.

RN nº 338 / Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências.

Doença e Lesão Preexistente

RN nº 162 / Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar; revoga as Resoluções CONSU nº 2, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 17 de 23 de março de 1999, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU nº 15 de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa 20 de 12 de dezembro de 2002 e a Resolução Normativa RN nº 55, de 2 de novembro de 2003 e altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006.

Exigência de Caução

RN nº 44 / 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.

Garantia de Acesso Assistencial (Prazos e Rede)

RN nº 259 / Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

Oferta de Medicação de Uso Domiciliar

RN nº 310 / Dispõe sobre os princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

RN nº 264 / Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar.

RN nº 265 / Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos.

Urgência e Emergência

CONSU nº 13 / Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

Plano de saúde - Contratação e Troca de Plano

Adaptação à Lei nº 9.656/98 e/ou Migração de Contratos

RN nº 254 / Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004; e nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Aposentados e Demitidos

RN nº 279 / Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.

Formas de Contratação ou de Manutenção da Condição de Beneficiário

CONSU nº 19 / Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.

RDC nº 7 / Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000.

RN nº 195 / 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.

Mecanismos de Regulação do Uso do Plano

CONSU nº 8 / Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

Portabilidade de Carências

RN nº 186 / Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

Plano de saúde - Reajustes de Preços

Limites de Variação de Preço por Faixa Etária

RN nº 63 / Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Pool de Risco

RN nº 309 / Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Reajuste em Planos Exclusivamente Odontológicos

RN nº 172 / Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde exclusivamente odontológicos.

Reajuste em Planos Médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica

RN nº 171 / Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contratados por pessoas físicas ou jurídicas.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009

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.

[Texto Consolidado]

[Índice] [Correlações] [Alterações] [Revogações] [Detalhamentos]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I, da Resolução Normativa - RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação 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.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

- I - individual ou familiar;
- II - coletivo empresarial; ou
- III - coletivo por adesão.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar

Subseção I Da Definição

Art. 3º Plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

§1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.

§2º O disposto no parágrafo anterior não se aplica às hipóteses de rescisão unilateral do contrato por fraude ou não-pagamento da mensalidade, previstas no inciso II do art. 13 da Lei nº 9.956, de 1998.

Subseção II Da Carência e Cobertura Parcial Temporária

Art. 4º O contrato de plano privado de assistência à saúde individual ou familiar, poderá conter cláusula de agravu ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor, bem como a exigência de cumprimento de prazos de carência, nos termos da Lei nº 9.956, de 3 de junho de 1998.

Seção II Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial

Subseção I Da Definição

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo ^{III} à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.956, de 1998;
- IV - os agentes políticos;
- V - os trabalhadores temporários;
- VI - os estagiários e menores aprendizes; e
- VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência à saúde.

Subseção II

Da Carência

Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nem de superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência.

Art. 6º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 2.3 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Subseção III

Da Cobertura Parcial Temporária

Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravu ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes:

Art. 7º No plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial com número de participantes igual ou superior a trinta beneficiários não poderá haver cláusula de agravu ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 2.3 desta RN será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Subseção IV

Do pagamento das Contraprestações Pecuniárias

Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, às operadoras na modalidade de autogestão e aos entes da administração pública direta ou indireta. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)

Seção III

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão

Subseção I

Da Definição

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo ^{III} com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

I - conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;

II - sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;

III - associações profissionais legalmente constituídas;

IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;

V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;

VI - entidades previstas na Lei nº 7.393, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

VII - outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras — DNOPE, (Revogado pela RN nº 250, de 2011)

§1º Poderá ainda aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguâneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro.

§2º A adesão do grupo familiar a que se refere o §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano de assistência à saúde.

§3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

§4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 2.3 caberá tanto à Administradora de Benefícios quanto à Operadora de Plano de Assistência à Saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

Art. 10. As pessoas jurídicas de que trata o artigo 9º só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as previstas nos incisos I e II daquele artigo. ^{III}

Subseção II

Da Carência

Art. 11 No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo.

§1º A cada aniversário do contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de prazos de carência, desde que:

I - o beneficiário tenha se vinculado, na forma do artigo 9º, após o transcurso do prazo definido no caput deste artigo; e

II - a proposta de adesão seja formalizada até trinta dias da data de aniversário do contrato.

§2º Após o transcurso dos prazos definidos no caput e no inciso II do §1º poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, nos termos da regulamentação específica, limitados aos previstos em lei.

§3º Quando a contratação ocorrer na forma prevista no inciso III do artigo 23 desta RN considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Subseção III **Da Cobertura Parcial Temporária**

Art. 12 O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos da resolução específica em vigor.

Subseção IV **Do Pagamento e da Cobrança das Contraprestações Pecuniárias**

Art. 13 O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante.

Art. 14 A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

Art. 14 A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários (Redação dada pela RN nº 200, de 2009).

Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 e às operadoras na modalidade de autogestão. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)

Art. 15 O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão deverá conter cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento.

Seção IV **Das Disposições Comuns aos Planos Coletivos**

Subseção I

Da Proibição de Seleção de Riscos

Art. 16 Para vínculo de beneficiários aos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial não serão permitidas quaisquer outras exigências que não as necessárias para ingressar na pessoa jurídica contratante.

Subseção II **Da Rescisão ou Suspensão**

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos involuntadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Subseção III **Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos**

Art. 18 Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 2º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

Subseção IV **Do Reajuste**

Art. 19 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 22 desta RN.

§1º Para fins do disposto no caput, considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-actuarial do contrato.

§2º Em planos operados por autogestão, quando a contribuição do beneficiário for calculada sobre remuneração, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente do aumento da remuneração.

§3º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço-pis estabelecido.

§3º Em planos operados por autogestão, patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento que decorra exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador. (Redação dada pela RN nº 204, de 2009)

§4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço-pis estabelecido. (Incluído pela RN nº 204, de 2009)

Art. 20 Não poderá haver aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano de um determinado contrato, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN.

Art. 21 Não poderá haver distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária entre os beneficiários que vierem a ser incluídos no contrato e os a ele já vinculados, inclusive na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 23 desta RN.

Art. 22 O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998.

Subseção V

Da Forma de Contratação

Art. 23 As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

- I - diretamente com a operadora; ou
- II - com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da RN nº 196, de 14 de julho de 2009 que regulamenta as atividades dessas pessoas jurídicas;

III - com a participação da Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto. ⁽²¹⁾

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

Seção V

Da Orientação aos Beneficiários

Art. 24 Como parte dos procedimentos para contratação ou adesão aos planos individuais ou coletivos as operadoras deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação do Plano de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC.

Art. 24 Como parte dos procedimentos para contratação ou ingresso aos planos individuais ou coletivos, as operadoras, inclusive classificadas na modalidade de Administradora de Benefícios, deverão entregar ao beneficiário o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC. (Redação dada pela RN nº 204, de 2009)

Parágrafo único. O MPS e o GLC serão objeto de regulamentação específica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO ⁽²²⁾ e conterão, no mínimo:

- I - prazos de carência;
- II - vigência contratual;
- III - critérios de reajuste;
- IV - segmentação assistencial; e
- V - abrangência geográfica.

Art. 25 Os formulários utilizados pelas operadoras, pelas pessoas jurídicas contratantes ou pela Administradora de Benefícios para proposta de contratação ou adesão aos planos comercializados ou disponibilizados devem conter referência expressa à entrega desses documentos, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 26 Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Art. 26 Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

Parágrafo único. A partir da confirmação pela operadora da reclassificação de registro dos produtos disposta no art. 27, os novos parâmetros passam a integrar os contratos editados para atender as disposições desta resolução. (Incluído pela RN nº 200, de 2009)

Art. 26 Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor, especificamente quanto às condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 9º, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular. (Redação dada pela RN nº 204, de 2009)

§1º Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes, que atendam às condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 9º, mas permaneçam incompatíveis com

demaís parâmetros fixados nesta resolução, deverão ser editados até a data do aniversário contratual ou até 12 (doze) meses da vigência desta norma, o que ocorrer primeiro, sob pena de impedir o ingresso de novos beneficiários, ressalvados os casos de novo cônjuge e filhos do titular. (Redação dada pela RN nº 204, de 2009)

§2º A partir da confirmação pela operadora da reclassificação do registro dos produtos disposta no artigo 27, os novos parâmetros passam a integrar os contratos adiados para atender as disposições desta resolução. (Redação dada pela RN nº 204, de 2009)

Art. 27 - As operadoras deverão adequar o registro dos produtos que possuam características distintas dos parâmetros fixados nesta resolução, observando os procedimentos a serem definidos em regulamentação específica.

§1º As operadoras terão o prazo de até doze meses, contado da publicação da regulamentação específica a que se refere o caput, para adequar o registro dos seus produtos.

§2º A partir da adequação do registro dos produtos, os novos parâmetros passam a integrar os contratos celebrados para todos os fins de direito.

§3º Os registros dos produtos que não forem adequados no prazo estabelecido no §1º deste artigo serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários.

Art. 27 A ANS reclassificará automaticamente a característica "Tipo de Contratação" dos registros dos produtos coletivos, a partir das condições de vínculo do beneficiário em planos coletivos já informadas pelas operadoras, compatibilizando-a com os novos critérios de classificação dos planos coletivos fixados nesta resolução. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

§1º As operadoras deverão confirmar a reclassificação, atualizando os respectivos dispositivos do instrumento jurídico e nome do plano, quando necessário, nas condições e prazos a serem definidos em regulamentação específica. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

§2º Os registros dos produtos, cuja reclassificação não seja confirmada nas condições e prazos estabelecidos por regulamentação específica serão suspensos ou cancelados pela ANS, na dependência da existência ou não de vínculos no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB, sendo vedadas novas inclusões de beneficiários. (Redação dada pela RN nº 200, de 2009)

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 28 Esta resolução aplica-se às operadoras na modalidade de autogestão somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.

Art. 29 O caput dos artigos 3º, 4º e 5º, o inciso IX do artigo 18 e o inciso IV do artigo 19, todos da Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007, passam a vigorar com as seguintes redações:

contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, empresariais com menos de trinta beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários, observado o prazo previsto no art. 35 desta Resolução - (NR)

"Art. 4º O Anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho a ser utilizado." (NR)

"Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, empresariais com menos de trinta beneficiários ou por adesão com qualquer número de beneficiários, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou ingresso contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato, nos termos do inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998." (NR)

"Art. 18
IX - no caso de contrato coletivo empresarial com menos de trinta beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato." (NR)

"Art. 19
IV - planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial com trinta ou mais beneficiários;" (NR)

Art. 30 Os §§2º, 4º e 8º dos artigos 2º, das Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar-CONSU nº 20 e 21, de 7 de abril de 1999, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 2º

§2º No caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados com operadoras, é obrigatório que a empresa empregadora firme contratos coletivos empresariais para os ativos e para os inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única operadora, devendo, também o plano de inativos, abrigar o universo de aposentados.

§4º A operadora classificada na modalidade de autogestão que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratá-lo com outra operadora de planos privados de assistência à saúde, ou ainda de outra modalidade que possua plano que abrigue o contingente de inativos.

"Art. 3º Institui-se a Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos

§8º No caso de plano operado por terceiros, os contratos celebrados entre empresas autorizadas

vencimento do contrato vigente." (NR).

Art. 31 A Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

"Contrato coletivo em desacordo com a regulamentação

Art. 20-C Permitir a adesão de novos beneficiários em contratos coletivos que permaneçam em desacordo com a legislação em vigor.

Sanção - multa de R\$ 50.000,00."

"Ingresso de beneficiário em plano coletivo

Art. 20-D Admitir o ingresso de beneficiário em contrato coletivo que não detenha o vínculo exigido pela legislação.

Sanção - multa de R\$ 50.000,00."

"Reajuste de plano coletivo

Art. 61-A Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor.

Sanção - multa de R\$ 45.000,00."

"Contraprestações distintas em contratos coletivos

Art. 61-B Exigir ou cobrar contraprestações pecuniárias distintas entre os consumidores que vierem a ser incluídos no contrato coletivo e os a ele já vinculados.

Sanção - multa de R\$ 45.000,00."

"Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do beneficiário

Art. 61-C Cobrar contraprestações pecuniárias em contratos coletivos diretamente do consumidor:

Sanção - multa de R\$ 5.000,00"

"Fornecimento de orientação para contratação ou guia de leitura contratual

Art. 65-A Deixar de fornecer ao consumidor de plano coletivo orientação para contratação de planos de saúde ou guia de leitura contratual:

Sanção - advertência:

multa de R\$ 5.000,00"

"Preenchimento incompleto de formulário em contratos coletivos

Art. 65-B Deixar de preencher os campos referentes à data e identificação das partes e eventuais representantes constituídos, existentes nos formulários adotados para proposta de contratação ou adesão dos planos coletivos comercializados ou disponibilizados.

Sanção - advertência:

Multa de R\$ 5.000,00"

"Suspensão ou Rescisão Unilateral de Contrato Coletivo

Art. 82-A Suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação:

Sanção - multa de R\$ 80.000,00"

Art. 32 O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 3º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

Art. 33 Revogam-se os §§3º dos artigos 2º das Resoluções CONSU nº 20 e 21 de 7 de abril de 1999, e a Resolução CONSU nº 14, de 3 de novembro de 1998.

Art. 34 Esta resolução entra em vigor trinta dias após sua publicação. (R)

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
DIRETOR-PRESIDENTE

Este texto não substitui o texto original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

Correlações da RN nº 195:

Lei nº 7.395, de 1985

Lei nº 7.398, de 1985

Art. 30 e Art. 31 da Lei nº 9.556/98, de 1998

CONSU nº 14, de 1998

CONSUL nº 20, de 1999

CONSUL nº 21, de 1999

Inciso II do art. 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do art 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000

Art. 64, inciso II, alínea "a", do Anexo I, da RN nº 81, de 2 de setembro de 2004

SUMULA nº 8, de 2005

RN nº 162, de 2007

RN nº 196, de 2009

IN/DIPRO Nº 20

SUMULA nº 12, de 2010

RN nº 263, de 22/08/2011

[Voltar]

A RN nº 195 foi alterada pela:

RN nº 200, de 2009

RN nº 204, de 2009

[Voltar]

A RN nº 195 REVOGOU:

CONSUL nº 14, de 3 de novembro de 1998

E Revogou Parcialmente:

- §3º do artigo 2º da CONSUL nº 20, de 1999
- §3º do artigo 2º da CONSUL nº 21, de 1999

[Voltar]

A RN nº 195 foi detalhada pela:

IN/DIPRO nº 20

IN/DIPRO nº 22

IN/DIPRO nº 29

[Voltar]

ÍNDICE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar

Subseção I

Da Definição

Subseção II

Da Carência e Cobertura Parcial Temporária

Seção II

Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial

Subseção I

Da Definição

Subseção II

"Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação."

RN nº 204, de 2009.

"Art. 4º A RN nº 195, de 2009, a RN nº 200, de 13 de agosto de 2009, e as alterações introduzidas por esta resolução entram em vigor em 3 de novembro de 2009."

[Volant]

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014, e da outras providências.

[Índice] [Correlações] [Alterações] [Revogações] [Anexos]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do artigo 10 da Lei nº 9.636, de 3 de junho de 1998; o inciso III do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.

Seção I Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.636, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade - PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 3º Esta Resolução é composta por quatro Anexos:

I - o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II - o Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT, que estabelecem os critérios, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, a serem observados para que sejam asseguradas as coberturas de alguns procedimentos e eventos especificamente indicados no Anexo I;

III - o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC, que visam à melhor prática clínica, abordando

manejos e orientações mais amplas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e também definem a cobertura mínima obrigatória; e

IV - o Anexo IV apresenta o Protocolo de Utilização - PROUT para alguns procedimentos e eventos em saúde listados no Rol.

Seção II Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

Art. 4º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

Art. 5º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

§ 1º Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.636, de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

§ 2º Os procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião-dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente e do profissional que indicou o procedimento, conforme Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 18 de março de 2010 e Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.950, de 10 de junho de 2010.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única Das Coberturas Assistenciais

Art. 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no §3º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 7º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus Anexos, que necessitem de anestesia, com ou sem a participação de profissional médico anestesista, terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Parágrafo único. Os insumos necessários para realização de procedimentos cobertos nesta RN ou nos seus Anexos, assim como a equipe cirúrgica necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos terão sua cobertura assistencial obrigatória, caso haja indicação clínica, respeitando-se os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Art. 8º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

I - planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantam direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II - concepção: fusão de um espermatozoide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III - anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV - atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V - aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI - atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção

ou anticoncepção.

Art. 9º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§ 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNEDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§ 3º São competências privativas das CNEDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

§ 4º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Art. 10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 11. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Art. 12. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação ou outro sistema de navegação, escopias e técnicas minimamente invasivas somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos Anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 13. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Art. 14. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Art. 15. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

§ 1º Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho listadas na Portaria 1.339 MS/GM, de 18 de novembro de 1999.

§ 2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

Art. 16. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada.

Art. 17. Taxas, materiais, contrastes, medicamentos, entre outros, necessários para a execução de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e respeitadas os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde.

Art. 18. No caso de procedimentos sequenciais e/ou contínuos, tais como quimioterapia, radioterapia, hemodíalise e diálise peritoneal, a operadora deve assegurar a continuidade do tratamento conforme prescrição do profissional assistente e justificativa clínica, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária - CPT.

§ 1º A continuidade e do tratamento deve ser realizada no prazo definido pelo médico assistente, não cabendo nova contagem ou recotagem dos prazos de atendimento estabelecidos pela RN nº 259, de 2011.

§ 2º O procedimento "Medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes relacionados a tratamentos antineoplásicos" é considerado como continuidade dos procedimentos de quimioterapia e terapia antineoplásica oral para o tratamento do câncer, não cabendo nova contagem ou recotagem de prazo de atendimento para aquele procedimento.

Art. 19. Os planos privados de assistência à saúde deverão assegurar cobertura para medicamentos registrados/regularizados na ANVISA que sejam utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados na presente Resolução Normativa e em seus Anexos, de acordo com a segmentação contratada.

Subseção I Do Plano-Referência

Art. 20. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO, ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita.

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de óócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de óócitos, indução da ovulação, concepção pós-tuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas.

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, independentemente de sua finalidade.

aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA.

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos no inciso XII do art. 2º e inciso X do art. 21 desta RN e, ressalvado o disposto no artigo 14 desta resolução normativa. (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 04 de Dezembro de 2015, Seção 1, página 41)

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 desta RN e, ressalvando o disposto no artigo 14 desta resolução normativa. (Redação dada pela Retificação publicada no DOU em 04 de Dezembro de 2015, Seção 1, página 41)

VI - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VII - tratamentos ilícitos ou antitéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

X - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

X - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitam de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeram a realização de ato cirúrgico.

§ 4º A referência para classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá estar de acordo com a lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br), não sendo esta, uma lista que atribua cobertura obrigatória aos materiais ali descritos.

Subseção II

Do Plano Ambulatorial

Art. 21. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo 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 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstetrícia para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapia ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

V - cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VI - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial;

VII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

VIII - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

IX - cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

X - cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XI - cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando preferencialmente as seguintes características:

a) medicamento genérico; medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei nº 9.782, de 10 de fevereiro de 1999, e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição de órgão competente - ANVISA.

XII - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

XIII - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XIV - cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução.

§ 1º Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.056, de 1998, é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

Subseção III Do Plano Hospitalar

Art. 22. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número limitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar.

II - quando houver previsão de mecanismos financeiros de regulação disposto em contrato para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo a coparticipação nas hipóteses de internações psiquiátricas somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados 30 dias de internação contínuos ou não, nos 12 meses de vigência; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de 50% do valor

contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

III - cobertura de hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar) para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução;

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico em todo o período pós-operatório, que compreende não só o pós-operatório imediato (primeiras 24 horas da realização da cirurgia) e imediato (entre 24 horas e 48 horas da realização da cirurgia), mas também o pós-operatório tardio (a partir de 48 horas da realização da cirurgia), exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

V - cobertura de consultas, sessões ou avaliações por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico ou odontólogo assistente, obedecidos aos seguintes critérios:

a) que seja dentro do escopo de atuação dos profissionais de saúde indicados e em conformidade com a legislação específica sobre as profissões de saúde e a regulamentação dos respectivos conselhos profissionais; e

b) que, no caso de ser necessária a realização de procedimentos, estes constem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido por esta Resolução Normativa, respeitando-se a segmentação contratada;

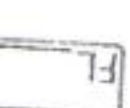
VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;

VII - cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contraindicação justificada do médico ou do cirurgião-dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir do 60 anos de idade; e

c) pessoas com deficiência.



VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimento utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 2º desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral (Redação dada pela Resolução publicada no DOU em 04 de Dezembro de 2015, Seção 1, página 411)
- c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa;
- g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa;

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato, mediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou ao cirurgião-dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos (03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas;

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora; e

IV - o profissional requisitante pode recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

§ 2º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Subseção IV Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 23. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 22 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

- a) pré-parto;
- b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 5º desta Resolução.

Subseção V

Do Plano Odontológico

Art. 24. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

§ 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem comunicar em linguagem clara e acessível, preferencialmente por escrito, aos beneficiários ou contratantes de planos de saúde quanto às alterações nas coberturas obrigatórias, notadamente quanto às inclusões e exclusões de procedimentos e eventos em saúde.

Parágrafo único. As comunicações de que trata o caput deste artigo deverão ser disponibilizadas em formato acessível, respeitando-se as especificidades dos beneficiários que se apresentam na condição de pessoa com deficiência, em especial as com deficiência visual e/ou auditiva.

Art. 26. As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão garantir a cobertura de medicamentos e de produtos registrados pela ANVISA, nos casos em que a indicação de uso pretendida seja distinta daquela aprovada no registro daquela Agência, desde que:

1 - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC tenha demonstrado as evidências científicas sobre a eficácia, a accuracy, a efetividade e a segurança do medicamento ou do produto para o uso pretendido; e

II - a ANVISA tenha emitido, mediante solicitação da CONITEC, autorização de uso para fornecimento, pelo SUS, dos referidos medicamentos e produtos, nos termos do art. 21, do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013.

Art. 27. As operadoras devem cumprir o estabelecido nos normativos expedidos pelos órgãos governamentais competentes no que concerne à Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Art. 28. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisito periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Parágrafo único. Para fins de qualificar e organizar o processo de revisão, as solicitações de inclusão, exclusão ou alteração no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e de suas diretrizes de atenção à saúde deverão ser feitas por meio de formulário próprio, disponibilizado em período a ser definido pela ANS.

Art. 29. Fica mantido o Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE, por meio da Instrução Normativa - IN nº 44, de 14 de fevereiro de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Art. 30. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet - www.ans.gov.br.

Art. 31. Ficam revogadas a Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013, a Resolução Normativa nº 349, de 9 de maio de 2014, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Art. 32. Esta Resolução Normativa entra em vigor no dia 2 de janeiro de 2016.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
DIRETOR-PRESIDENTE

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja publicação no Diário Oficial.

ANEXOS

Correlações da RN nº 387:

Lei nº 9.636, de 1998.

Lei nº 9.961, de 2000;

Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.930, de 2010

Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 100, de 2010

RN nº 259, de 2011.

RN nº 338, de 2013;

Decreto nº 8.077, de 2013;

RN nº 349, de 2014;

IN/DIPRO nº 44, de 2014

[VOLTAR]

A RN nº 387 revogou:

RN nº 338, de 2013;

RN nº 349, de 2014;

[VOLTAR]

A RN nº 387 foi alterada pela:

RN nº 407, de 2016

[VOLTAR]

ÍNDICE

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I - Do Objeto

Seção II - Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

CAPÍTULO II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única - Das Coberturas Assistenciais

Subseção I - Do Plano-Referência

Subseção II - Do Plano Ambulatorial

Subseção III - Do Plano Hospitalar

Subseção IV - Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Subseção V - Do Plano Odontológico

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

[VOLTAR]

AVISO DE RETIFICAÇÃO

Na alínea b, do Inciso X, do artigo 22, da Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União nº 207, em 29 de outubro de 2015, Seção 1, páginas 35 à 37, **ONDE SE LÊ:** "b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 20 desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral." **LEIA-SE:** b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no inciso XI do artigo 21 desta Resolução e os medicamentos para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral." Da mesma forma, no inciso VI, do artigo 20, **ONDE SE LÊ:** "VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos no inciso XII do art. 20 e inciso X do art. 21 desta RN e, ressaltando o disposto no artigo 14 desta resolução normativa;" **LEIA-SE:** "VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para a administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos previstos nos incisos X e XI do art. 21 desta RN e, ressaltando o disposto no artigo 14 desta resolução normativa;"

[VOLTAR]

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 407, DE 3 DE JUNHO DE 2016

Altera a Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika.

•

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; adota a seguinte Resolução Normativa e determina a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika.

Art. 2º O Anexo I da RN nº 387, de 2015, passa a vigorar acrescido dos itens, "Vírus Zika - Por PCR (com diretriz de utilização)", "Vírus Zika - IGM (com diretriz de utilização)" e "Vírus Zika - IGG (com diretriz de utilização)", conforme Anexo I desta Resolução.

Art. 3º O Anexo II da RN nº 387, de 2015, passa a vigorar acrescido dos itens, "Vírus Zika - Por PCR", "Vírus Zika - IGM" e "Vírus Zika - IGG", conforme Anexo II desta resolução.

Art. 4º Esta RN, bem como seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor 30 (trinta) dias após a publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
DIRETOR-PRESIDENTE

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

ANEXO

ANEXO I

PROCEDIMENTO - ROL 2016	SUBGRUPO - ROL 2016	GRUPO - ROL 2016	CAPÍTULO - ROL 2016	OD	AMB	HCO	HSO	REF	PAC	DUT
VIRUS ZIKA - PCR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	BIOLOGIA MOLECULAR	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS		AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 111
VIRUS ZIKA - IGM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS		AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 112
VIRUS ZIKA - IGG (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	IMUNOLOGIA	PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS		AMB	HCO	HSO	REF		DUT Nº 113

Anexo II

111. Vírus Zika – por PCR

- 1- Cobertura obrigatória para realização de PCR para vírus Zika em gestantes com quadro sugestivo de infecção pelo vírus Zika até o quinto dia do início dos sintomas.

Para fins de utilização dessa diretriz considera-se quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre
- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido
- Poliartralgia
- Edema periarticular

Fonte: Ministério da Saúde. <http://combateaedes.saude.gov.br/profissional-e-gestor/orientacoes/397-notificacao-compulsoria-febre-do-virus-zika>. Site visitado em 20/04/2016.

Observações:

- 1- Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Zika ainda está em construção, a partir da disponibilização de novas evidências científicas essa diretriz poderá ser revista a qualquer tempo.
- 2- Cabe ao médico assistente orientar a gestante quanto à limitação dos testes diagnósticos atualmente disponíveis.

112. Vírus Zika - IgM

- 1- Cobertura obrigatória de Pesquisa de anticorpos IgM para Infecção pelo vírus Zika para:

- a. Gestantes com quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika que realizaram teste de PCR cujo resultado foi negativo, a partir do sexto dia dos sintomas.
- b. Gestantes com quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika cujos sintomas se iniciaram há mais de cinco dias.
- c. Gestantes com quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika cujo resultado da primeira pesquisa de IgM foi negativa.
- d. Gestantes assintomáticas no início do pré-natal e no segundo trimestre de gestação.
- e. Gestantes em que foi detectada a presença de microcefalia fetal ou de calcificações intracranianas em qualquer etapa da gestação.
- f. Recém-nascidos cujas mães tenham apresentado teste diagnóstico (PCR ou pesquisa de anticorpos IgM) com resultado positivo para infecção pelo vírus Zika durante a gestação.
- g. Recém-nascidos com microcefalia e/ou outras alterações do SNC possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika durante a gestação.

Para fins de utilização dessa diretriz considera-se quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre
- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido
- Poliartralgia
- Edema periarticular

Fonte: Ministério da Saúde. <http://combateaedes.saude.gov.br/profissional-e-gestor/orientacoes/397-notificacao-compulsoria-febre-do-virus-zika>. Site visitado em 20/04/2016.

Observações:

- 3- Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Zika ainda está em construção, a partir da disponibilização de novas evidências científicas essa diretriz poderá ser revista a qualquer tempo.
- 4- Cabe ao médico assistente orientar a gestante quanto à limitação dos testes diagnósticos atualmente disponíveis.

113. Vírus Zika - IgG

- 1- Cobertura obrigatória de Pesquisa de anticorpos IgG para Infecção pelo vírus Zika para:
 - a. Gestantes ou recém-nascidos que realizaram pesquisa de anticorpos IgM cujo resultado foi positivo.

Para fins de utilização dessa diretriz considera-se quadro sugestivo de Infecção pelo vírus Zika:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Febre
- Hiperemia conjuntival sem secreção e prurido
- Poliartralgia
- Edema periarticular

Fonte: Ministério da Saúde. <http://combateaedes.saude.gov.br/profissional-e-gestor/orientacoes/397-notificacao-compulsoria-febre-do-virus-zika>. Site visitado em 20/04/2016.

Observações:

- 5- Uma vez que o conhecimento da infecção pelo vírus Zika ainda está em construção, a partir da disponibilização de novas evidências científicas essa diretriz poderá ser revista a qualquer tempo.
- 6- Cabe ao médico assistente orientar a gestante quanto à limitação dos testes diagnósticos atualmente disponíveis.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

[Correlações]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 60, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução - RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto no art. 15, da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998 e no § 3º, do art. 15, da Lei nº 10.741, publicada no DOU de 3 de outubro de 2003, em reunião realizada em 11 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

- I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

- I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
- II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
- III - as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.

§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.

§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.

JANUARIO MONTONE
Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário

Oficial.

Correlações da RN nº 63:

[Lei nº 9.656](#), de 1998

[Lei nº 9.961](#), de 2000

[Decreto nº 3.327](#), de 2000

[RDC nº 95](#), de 2002

[Lei nº 10.741](#), de 2003

[RN nº 254](#), de 2011

[\[Voltar\]](#)

LEI Nº 3530 /2000

(Regulamentada pelos Decretos nº 14/2007 e nº 29/2015)

**AUTORIZA O EXECUTIVO MUNICIPAL
A FIRMAR CONTRATO DE
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
E HOSPITALARES E ALTERA, NO QUE
COUBER, A LEI Nº 2151/79.**

ZILÁ MARIA BREITENBACH, Prefeita Municipal de Três Passos, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere o Artigo 87, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, FAÇO SABER que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º É o Poder Executivo autorizado a firmar Contrato de Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares com a UNIMED - IJUÍ, Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda, com o objetivo de dar atendimento médico-hospitalar a todos os servidores que desejaram aderir ao sistema.

Art. 2º É o Poder Executivo também autorizado a contribuir com o percentual de 41,66% (quarenta e um vírgula sessenta e seis por cento) de total da quota devida pelo funcionário, o que redundará em 5,5% (cinco vírgula por cento) da remuneração percebida pelo Servidor (a quota total é de 13,20% (treze vírgula vinte por cento) sobre a remuneração), até 31 de dezembro de 2000 e com 50,00% (cinquenta por cento) de total da quota devida pelo funcionário, o que redundará em 6,6% (seis vírgula seis por cento) de total da mesma quota de 13,20% (treze vírgula vinte por cento), a contar de 1º de janeiro de 2001.

Art. 2º Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a contribuir com o percentual de 50% do total da quota devida pelo servidor à UNIMED Noroeste Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.

§ 1º A quota total devida é de 15,60% sobre a remuneração percebida pelo servidor.

§ 2º Compete ao servidor contribuir com 7,80% e ao Poder Executivo o percentual de 7,80% da quota total. (Redação dada pela Lei nº 4374/2010)

Art. 3º A presente Lei será regulamentada por Decreto Municipal.

Art. 4º Servirá de cobertura para as despesas oriundas da presente Lei a seguinte dotação orçamentárias:

03010307021 2.003 - Manutenção Secretaria de Administração.

Art. 5º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente, no que contraria esta Lei, as normas estatuidas na Lei Municipal Nº 2.151/79.

GABINETE DA Prefeita Municipal DE TRÊS PASSOS, Aos vinte e nove dias do mês de agosto do ano de dois mil.

DECRETO Nº 29, DE 14 DE ABRIL DE 2015.

**REGULAMENTA A LEI MUNICIPAL Nº
3530/2000 E REVOGA O DECRETO
MUNICIPAL Nº 059/2010**

JOSÉ CARLOS ANZILIERO AMARAL, Prefeito do Município de Três Passos, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe confere o Artigo 87, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município, DECRETA:

Art. 1º Serão considerados dependentes para fins deste regulamento:

I - A esposa ou companheira;

II - Os filhos homens até 18 anos, solteiros;

III - As filhas mulheres até 21 anos, solteiras;

IV - Ambos até 24 anos se solteiros e estudantes, mediante comprovação semestral;

§ 1º São considerados dependentes, nas mesmas condições dos incisos anteriores o enteado ou enteada do servidor optante, ou neto sob guarda judicial;

§ 2º O dependente que atender o requisito do inciso IV, supra que não comprovar em qualquer semestre sua condição de estudante, automaticamente contribuirá na mesma condição do esposo dependente, faixa etária I, objeto do artigo 2º desta Lei;

§ 3º Os filhos, enteados e netos sob guarda que cumprirem a idade limite estipulada neste artigo serão imediatamente desligados do plano, mediante entrega obrigatória das carteiras de beneficiário, sob pena do pagamento de uma multa equivalente a cinquenta URM's por mês de atraso na entrega;

Art. 2º Os servidores filiados aos sistemas comportarão somente uma Categoria (A)

Art. 3º Sendo ambos os servidores, marido e mulher ou companheiros legalmente declarados de união estável, o cônjuge que tiver o maior provento composto (básico + vantagens fixas) passará a figurar como titular, tendo seu companheiro como dependente, sem custo adicional, desde que tal benefício seja de interesse dos servidores.

Art. 4º A parcela total de 15,60% a ser pago a Unimed incidirá sobre a remuneração do servidor, considerando as seguintes parcelas:

I - vencimentos, proventos, pensões, complementação de proventos e pensões;

II - avanços, anuênios, triênios e quinquênios;

III - adicionais [normais e noturnos];

- IV - adicional de difícil acesso;
- V - função gratificada;
- VI - 1/3 de férias;
- VII - gratificações especiais quando somadas para cálculo de adicionais;
- VIII - gratificação dedicação integral;
- IX - direção, unicodência;
- X - nível superior;
- XI - horas extras;
- XII - 13º salário, gratificação natalina;
- XIII - cargo em comissão;
- XIV - licenciado para tratamento de interesse particular;
- XV - insalubridade, periculosidade;
- XVI - hora máquina(se houver);
- XVII - desdobramento de carga horária 20 ou 40 horas;
- XVIII - diferença de salário;
- XIX - abonos salariais temporários;
- quebra caixa;
- subsídios de vereadores;
- subsídios fixos dos Prefeitos e Vice-Prefeitos;
- salário do servidor do quadro de pessoal, quando licenciado para exercer mandato de Prefeito
- funcionário encostado(INSS), para tratamento de saúde.

2. O servidor que pretender se desligar do convênio ou de algum modo desligar-se do serviço municipal, deverá devolver as carteiras de conveniado, no prazo máximo de cinco dias da data da comunicação do desligamento ou até o último dia útil do mês pela parte da manhã.

3. O servidor que pretende abandonar o convênio só será desligado, contanto que devolva todas as carteiras que tiver, sua e de todos os seus dependentes e faça o pedido por escrito no protocolo.

4. O convênio obedecerá as normas estabelecidas no contrato de prestações de serviços médicos e hospitalares (PLANO DE VALOR DETERMINADO), contrato nº 166/79 de 14 de dezembro de 1979, firmado entre a Unimed e o Município de Três Passos.

Fica revogado o Decreto Municipal nº 59, de 30 de julho de 2010.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE TRÊS PASSOS, Aos 14 dias do mês de abril de 2015.

JOSÉ CARLOS ANZILIERO AMARAL
PREFEITO DE TRÊS PASSOS/RS

LUCAS NECKEL
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO DESIGNADO

Data de Inserção no Sistema LeisMunicipais: 11/06/2015