

**RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 557, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022**

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

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, XXII, XXXVI e XXXVII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e em conformidade com o inciso IV do artigo 42 da Resolução Regimental nº 21, de 26 de janeiro de 2022, e em cumprimento ao Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, em reunião realizada em 12 de dezembro de 2022, adotou a seguinte Resolução Normativa, 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, e dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde.

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 artigo 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho 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 agravio 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 9.656, 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 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 9.656, 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, 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.

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução 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 agravio 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 à pessoa jurídica contratante.

Parágrafo único. Quando a contratação ocorrer na forma do inciso III do artigo 29 desta resolução será considerada a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano coletivo estipulado.

Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial.

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, nas quais a operadora contratada poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários

#### **Subseção V Da Contratação de Plano Coletivo Empresarial por Empresário Individual**

Art. 9º O empresário individual poderá contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, previsto no artigo 5º desta resolução.

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

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

Art. 10. Nos contratos coletivos empresariais celebrados por empresários individuais, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como as administradoras de benefícios, no momento da contratação do plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial, e, anualmente, no mês de aniversário do contrato, deverão exigir a comprovação:

I - prevista no artigo 9º desta resolução; e

II - dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários vinculados, dispostos no artigo 5º desta resolução, quando for o caso.

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

§ 2º A celebração ou a manutenção, após a verificação anual, de contrato de plano de saúde coletivo empresarial que não atenda ao disposto no caput equipara-se, para todos os efeitos legais, ao plano individual ou familiar, conforme prevê o artigo 39 desta resolução.

§ 3º O ingresso de beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos no artigo 5º desta resolução acarretará a constituição de vínculo direto e individual desses beneficiários com a operadora, passando a ter o mesmo tratamento normativo previsto no §2º deste artigo.

§ 4º A comprovação anual da condição de empresário individual e dos requisitos de elegibilidade dos beneficiários a ele vinculados, mencionada no caput, será exigida de empresário individual que figure como contratante em plano coletivo empresarial independentemente da data de formalização do contrato, aplicando-se o disposto no § 1º deste artigo, quando couber.

Art. 11. A cobrança da contraprestação pecuniária será emitida pela operadora ou administradora de benefícios contra o empresário individual contratante.

Art. 12. Os documentos por meio dos quais se comprovará o disposto no artigo 10 desta resolução, estejam eles na forma física ou digital, deverão ser guardados pela operadora e/ou pela administradora de benefícios e disponibilizados à ANS, sempre que requisitados.

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

Art. 13. Caberá à operadora ou administradora de benefícios informar ao empresário individual contratante as principais características do contrato a que estão se vinculando, tais como o tipo de contratação, as regras de rescisão, na forma do artigo 14 desta resolução, e as regras de cálculo e aplicação de reajuste, segundo a regulamentação que dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

Art. 14. À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde empresarial, celebrado na forma do artigo 9º desta resolução, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação.

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

#### **Seção III Do Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão**

##### **Subseção I Da Definição**

Art. 15. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo 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; e

VI - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985.

§ 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 consanguíneo, 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 29 desta resolução, 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, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

Art. 16. As pessoas jurídicas de que trata o artigo 15 desta resolução só poderão contratar plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão quando constituídas há pelo menos um ano, exceto as pessoas jurídicas previstas nos incisos I e II daquele artigo.

#### **Subseção II Da Carência**

Art. 17. 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 15 desta resolução, após o transcurso do prazo definido no caput; 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 deste artigo, poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carências, nos termos da regulamentação específica, limitados aos prazos previstos em Lei.

§ 3º Quando a contratação ocorrer na forma prevista no inciso III do artigo 29 desta resolução, 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. 18. O contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão poderá conter cláusula de agravos ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de resolução específica em vigor.

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

Art. 19. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

Art. 20. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários de contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

Parágrafo único. A regra prevista no caput não se aplica às operadoras na modalidade de autogestão.

Art. 21. 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. 22. 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. 23. 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.

§ 1º À exceção das hipóteses de ilegitimidade do contratante e de inadimplência, o contrato de plano de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, somente poderá ser rescindido pela operadora na data de seu aniversário, mediante comunicação prévia ao contratante, com antecedência mínima de sessenta dias, devendo a operadora apresentar para o contratante as razões da rescisão no ato da comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).

§ 2º Na hipótese de inadimplência, o contrato somente poderá ser rescindido mediante comunicação prévia ao contratante, informando que, em caso de não pagamento, o contrato será rescindido na data indicada na comunicação. (Incluído pela Resolução Normativa ANS nº XX, de 20XX).

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

Art. 24. Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde coletivos.

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 5º e 15 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; ou

III - a pedido do beneficiário.

IV - por inadimplência do beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora. (Incluído pela RN nº 617, de 18/10/2024)

#### **Subseção IV Do Reajuste**

Art. 25. Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 28 desta resolução.

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

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

§ 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.

§ 4º Não se considera reajuste a variação da contraprestação pecuniária em plano com preço pós estabelecido.

Art. 26. 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 29 desta resolução.

Art. 27. 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 29 desta resolução.

Art. 28. 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. 29. 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 Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, ou norma que vier a sucedê-la; ou

III - com a participação da Administradora de Benefícios na condição de coestipulante 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. (Alterada pela RN nº 573, de 28/02/2023, que entra em vigor em 03/04/23)

III - com a participação da Administradora de Benefícios na condição de coestipulante 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. (Redação dada pela RN nº 573, de 28/02/2023, que entra em vigor em 03/04/23)

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada. (Incluído pela RN Nº 570, de 27 de janeiro de 2023)

§1º Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada.

§2º Os empresários individuais não poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial. (Revogado pela RN Nº 570, de 27 de janeiro de 2023)

#### **Seção V Da Orientação aos Beneficiários**

Art. 30. 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.

Parágrafo único. O MPS e o GLC são instrumentos destinados a informar ao beneficiário os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de planos de saúde e a facilitar a apreensão do conteúdo do contrato por meio da indicação das referências aos seus tópicos mais relevantes.

Art. 31. Os Anexos I e II desta resolução apresentam os modelos do MPS e do GLC a serem seguidos em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho da letra a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçoamento simples).

§ 1º Os documentos referidos no caput deverão ser entregues em material impresso ou em mídia digital, à escolha do beneficiário, no momento descrito no artigo 33 ou 34 desta resolução, conforme o caso.

§ 2º A entrega deverá ser feita pela operadora, inclusive classificada na modalidade de Administradora de Benefícios, podendo ser intermediada por representante da pessoa jurídica contratante, no caso dos planos coletivos.

§ 3º Os itens "Padrão de Acomodação", "Doença ou Lesão Preexistente" e "Cobertura Parcial Temporária" contidos nos Anexos não se aplicam às operações de planos exclusivamente odontológicos.

§ 4º O item "Padrão de Acomodação" contido no Anexo II não se aplica às operações de planos exclusivamente ambulatoriais ou combinados com odontologia.

Art. 32. A entrega do MPS e do GLC não exonera a operadora de planos privados de assistência à saúde do dever de entregar uma via do instrumento contratual ao contratante pessoa física ou jurídica.

Art. 33. O MPS deverá ser entregue anteriormente à assinatura da proposta de contratação, segundo o tipo de contratação:

I - nos planos individuais: ao beneficiário titular;

II - nos planos coletivos: ao representante da pessoa jurídica contratante ou Administradora de Benefícios e aos beneficiários titulares até a assinatura da sua proposta de ingresso no plano;

III - nos planos coletivos empresariais contratados por empresário individual: ao beneficiário titular.

Art. 34. O GLC deverá ser entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular, independentemente do tipo de contratação.

Art. 35. Sempre que demandada pelo beneficiário titular de plano coletivo, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Art. 36. 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 do MPS e do GLC, com data e clara identificação das partes e eventuais representantes constituídos.

### CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução, especificamente quanto às condições de elegibilidade previstas nos artigos 5º e 15 desta resolução, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de filhos e novo cônjuge do titular.

Art. 38. Esta resolução aplica-se às operadoras na modalidade de autogestão somente no que não for incompatível com a regulamentação específica em vigor.

Art. 39. O ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 15 desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.

Art. 40. Ficam revogadas:

I - a Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009;

II - a Resolução Normativa nº 200, de 13 de agosto de 2009;

III - a Resolução Normativa nº 204, de 1 de outubro de 2009;

IV - a Resolução Normativa nº 260, de 27 de julho de 2011;

V - a Resolução Normativa nº 432, de 27 de dezembro de 2017;

VI - a Resolução Normativa nº 455, de 30 de março de 2020;

VII - a Instrução Normativa nº 20, de 29 de setembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

Art. 41. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.

#### ANEXO I

#### MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

##### **direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial**

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

##### **Cobertura e segmentação assistencial**

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

##### **Abrangência geográfica**

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

##### **Área de atuação**

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

##### **Administradora de Benefícios**

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência 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.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Ministério da Saúde



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)  
Av. Augusto Severo, 84 - Gávea - CEP: 20021-040  
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
ouvidoria@ans.gov.br

##### Anexo I



Operadora:  
CNPJ:  
Nº de registro na ANS:  
Site: <http://>  
Tel.:

## Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

### Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Os planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

### Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS
CARÊNCIA	<p>É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.</p>	<p>Coletivo Empresarial</p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento 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.</p>
	<p>Com menos de 30 participantes</p>	<p>É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.</p>
		<p>Coletivo por Adesão</p> <p>Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.</p>

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	<p>Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências.</p> <p>A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.</p>	<p><b>Coletivo Empresarial</b></p> <p>Com 30 participantes ou mais</p> <p>Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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.</p> <p>Com menos de 30 participantes</p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</p> <p><b>Coletivo por Adesão</b></p> <p>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</p>
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	<p>É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.</p>	
REAJUSTE	<p>Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>	<p>Os planos coletivos <b>não precisam</b> de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS.</p> <p>O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos.</p> <p>A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.</p>
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	<p>Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.</p>	
VIGÊNCIA	<p>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</p>	<p>A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</p>
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	<p>Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por <b>não</b> pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.</p>	<p>Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato.</p> <p>A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.</p> <p>Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.</p>

#### Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

#### Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste

plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

#### ANEXO II

#### GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



Operadora:  
CNPJ:  
Nº de registro na ANS:  
Nº de registro do produto:  
Site: http://  
Tel.:

## Guia de Leitura Contratual

Página do  
Contrato

<b>CONTRATAÇÃO</b>	Determina se o plano destina-se a pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.
<b>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</b>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.
<b>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</b>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.
<b>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</b>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.
<b>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.
<b>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</b>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.
<b>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</b>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.

<b>CARÉNCIAS</b>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.
<b>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</b>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou pericia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
<b>VIGÊNCIA</b>	Define o período em que vigorará o contrato.
<b>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</b>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
<b>REAJUSTE</b>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
<b>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI N° 9.656/1998)</b>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contactar sua operadora. Permanecendo dívidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.





Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS**, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos, em 09/12/2024, às 13:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA SANTOS FIGUEIRA**, Técnico em Regulação de Saúde Suplementar, em 09/12/2024, às 13:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **GLAUCO CARREIRA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 09/12/2024, às 13:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 09/12/2024, às 14:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **JOAO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 09/12/2024, às 15:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **FABRICIA GOLTARA VASCONCELLOS FAEDRICH**, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos, em 09/12/2024, às 15:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **MAURICIO CORREIA SANTANA**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 09/12/2024, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **HEITOR FRANCO WERNECK**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 10/12/2024, às 13:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka**, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar, em 10/12/2024, às 18:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **31143030** e o código CRC **CC71E2E3**.