

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 558, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário 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 – ANS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, no uso da competência a ela conferida pelos incisos II, IX, XV, XXIV, XXVIII e XXXVII, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e considerando o disposto no parágrafo único, do art. 11, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso IV do art. 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 de 12 de dezembro de 2022, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT), Declaração de Saúde (DS), Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

III - Agravo como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário; e

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Seção I Da Carta de Orientação ao Beneficiário

Art. 3º Constitui a Carta de Orientação ao Beneficiário parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária.

§ 1º A Carta de que trata o caput deste artigo é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter:

I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e

II - a identificação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.

§ 2º Em todos os contratos de planos privados de assistência à saúde, a Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada na página imediatamente anterior ao formulário de Declaração de Saúde e deve ser entregue juntamente com o formulário da Declaração de Saúde, no momento de seu preenchimento.

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 (Times New Roman, 12, espaçamento simples).

Parágrafo único. Para abertura de processo administrativo por alegação de DLP, somente serão válidas as Cartas de Orientação ao Beneficiário sem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo deste anexo.

Seção II Da Doença ou Lesão Preexistente

Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, 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.

§ 1º ~~O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada~~

~~orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.~~

§ 1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)

§ 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista.

§ 2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por profissional de saúde não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista. (Redação dada pela Resolução Normativa nº XX, de 20XX)

§ 3º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§ 4º É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 6º Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.

§ 1º Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT.

§ 2º Caso a operadora não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo, nas condições descritas no caput deste artigo.

§ 3º Na hipótese de CPT, as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível na página institucional da ANS na internet – www.gov.br/ans.

Art. 7º A CPT e o Agravo dar-se-ão de acordo com o art. 2º, incisos II e III, desta Resolução, sendo vedada à operadora de planos privados de assistência à saúde, a alegação de DLP decorridos vinte e quatro meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§ 1º Nos casos de CPT, findo o prazo de até vinte e quatro meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656, de 1998.

§ 2º O Agravo será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a:

I - percentual ou valor do Agravo;

II - período de vigência do Agravo.

Art. 8º A ANS poderá a qualquer tempo solicitar esclarecimentos sobre os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e cirúrgicos, objetos de CPT, relacionados às DLP declaradas.

Seção III **Da Declaração de Saúde**

Art. 9º Na contratação de planos privados de assistência à saúde, o conteúdo da declaração do beneficiário a respeito de seu estado de saúde e de possíveis DLP, que servirão de base para aplicação da regra contida no art. 11 da Lei nº 9.656 de 1998, deverão observar o disposto nesta Resolução.

Art. 10. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, e conterá, obrigatoriamente:

I - a definição de CPT, constante no art. 2º, inciso II, desta Resolução;

II - a definição de Agravo, de acordo com o art. 2º, inciso III, desta Resolução;

III - a informação sobre o direito do beneficiário de ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, parágrafos 1º e 2º desta Resolução; e

IV - a informação a respeito das consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada.

Parágrafo único. A Declaração de Saúde deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

Art. 11. O formulário conterá perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, oferecendo campo para que seja registrado:

I - se o preenchimento contou com a presença de médico orientador, o que deve ser registrado de próprio punho por este profissional, em campo específico;

II - se o beneficiário dispensou a presença do médico orientador;

III - comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar; e

IV - identificação do beneficiário, assinatura e data de preenchimento da declaração.

Art. 12. As operadoras ficam obrigadas a proteger as informações prestadas nas declarações de saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

Art. 13. Para contratos a serem firmados a partir da vigência desta Resolução, as carteiras, cartões ou documentos de identificação de porte obrigatório pelo beneficiário para acesso aos serviços assistenciais, deverão conter a informação da existência de cláusula de CPT, com especificação da data de término de vigência da CPT.

Art. 14. Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independentemente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a vinte e quatro meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação assistencial e sem interrupção de tempo.

Parágrafo único. Conforme disposto no caput deste artigo, não caberá alegação de DLP e/ou CPT ou

Agravo para os casos acima referidos.

CAPÍTULO II DO PROCESSO ADMINISTRATIVO

Art. 15. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 desta Resolução, e poderá:

I - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de vinte e quatro meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou

II - oferecer o Agravo, na forma do art. 7º desta Resolução; ou

III - solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

§ 1º O oferecimento do Agravo a que se refere o inciso II deve ser acompanhado do oferecimento de CPT, sendo então o oferecimento de CPT obrigatório nestes casos e do Agravo opcional, nas situações as quais a operadora não optou por oferecimento de cobertura total.

§ 2º O processo administrativo de que trata esta Resolução diz respeito, exclusivamente, ao julgamento do mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do beneficiário na Declaração de Saúde no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 16. Somente após a comunicação ao beneficiário de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

§ 1º Nos casos em que houver acordo de CPT ou Agravo, a operadora não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT ou Agravo.

§ 2º Somente serão deferidas solicitações de abertura de processos administrativos de alegação de DLP que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, de acordo com o definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor.

§ 3º Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

§ 4º Cabe à operadora o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do beneficiário de DLP, não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§ 5º A solicitação de abertura de processo administrativo por alegação de DLP é prerrogativa exclusiva da operadora, por meio de seu representante legal junto à ANS ou de qualquer pessoa devidamente autorizada, com firma reconhecida, por instrumento de mandato e cópia autenticada da procuração.

§ 6º O processo administrativo é de característica individual, sendo vedada a abertura de processos administrativos onde conste mais de um beneficiário.

Art. 17. O prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo é de vinte e quatro meses, considerando-se o período entre a data da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e a data de postagem no correio ou do protocolo desta solicitação na ANS.

§ 1º A solicitação de abertura de processo administrativo deverá ser protocolizada:

I - presencialmente, na sede da ANS; ou

II - presencialmente, em um Núcleo da ANS; ou

III - pelo correio, encaminhada diretamente à ANS, sendo a data de postagem observada para o cumprimento do prazo estipulado; ou

IV - de forma eletrônica.

§ 2º A solicitação de abertura do processo administrativo que ultrapassar o período de vinte e quatro meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, será indeferida.

§ 3º A penas nos casos em que a data da documentação comprobatória e a data do envio da Comunicação ao Beneficiário pela operadora coincidirem com o vigésimo quarto mês da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, o prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo será de vinte e cinco meses, considerando-se os termos inicial e final dispostos no caput deste artigo.

Art. 18. Para fins de solicitação de abertura de processo administrativo, a operadora deverá, obrigatoriamente, apresentar os documentos abaixo listados, em duas cópias legíveis, sem rasuras, com a identificação do beneficiário e com as devidas assinaturas e datas:

I - Termo de Alegação, contendo a identificação do beneficiário, a descrição da doença com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID), ou lesão alegada que será objeto de julgamento, o número do registro do plano privado de assistência à saúde, o nº de registro do beneficiário enviado ao Sistema de Informação de Beneficiário (SIB) e a assinatura do representante legal da operadora junto à ANS ou seu procurador;

II - Termo ou Proposta de Adesão ao plano privado de assistência à saúde;

III - Carta de Orientação ao Beneficiário, na forma do parágrafo único do art. 4º desta resolução;

IV - Declaração de Saúde, devidamente datada e assinada pelo beneficiário titular ou dependente, ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de dezoito anos ou incapaz;

V - Termo de Comunicação ao Beneficiário, contendo obrigatoriamente:

a) nome do beneficiário constante do processo administrativo;

b) doença ou lesão alegada;

c) a informação do prazo de, no mínimo, dez dias para manifestação do beneficiário perante a alegação da operadora;

VI - comprovante de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário;

VII - documentação comprobatória do conhecimento prévio do beneficiário sobre a DLP, preferencialmente, original ou cópia autenticada (uma das vias), com a identificação do beneficiário e do emitente;

VIII - endereço atualizado do beneficiário ou do seu representante legal; e

IX - no caso de contrato coletivo empresarial com menos de trinta beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato e a data de formalização do pedido de adesão do beneficiário.

§ 1º Somente será objeto de análise no processo administrativo a doença alegada pela Operadora.

§ 2º Serão aceitos, para fins de comprovação do recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário: documento assinado pelo beneficiário; ou Aviso de Recebimento – AR; ou Telegrama (com a descrição da declaração de conteúdo e comprovante de recebimento); ou notificação judicial ou extrajudicial encaminhada por cartório.

§ 3º Não serão aceitas cópias emitidas por fax.

§ 4º Uma via dos documentos apresentados pela operadora será enviada para o beneficiário na ocasião de

sua notificação, na forma do art. 21 desta Resolução.

Art. 19. Será indeferida e arquivada a solicitação de abertura de processo administrativo de alegação de omissão de informação de DLP na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura ou adesão contratual do plano privado de assistência à saúde, nas seguintes situações:

- I - falta de qualquer um dos documentos obrigatórios, definidos no art. 18 desta Resolução;
- II - Declaração de Saúde que não contiver data e assinatura do beneficiário titular ou dependente ou seu representante legal, no caso de beneficiário menor de dezoito anos ou incapaz;
- III - decurso de prazo, conforme art.17 desta Resolução;
- IV - planos privados de assistência à saúde coletivo empresarial em que não seja exigível o cumprimento de cobertura parcial temporária ou agravos;
- V - beneficiário que passou por qualquer tipo de exame ou perícia, com vistas a sua admissão no plano privado de assistência à saúde;
- VI - beneficiário que fez acordo de CPT ou Agravo, oferecido pela operadora, para a doença ou lesão alegada;
- VII - adaptação e migração de contratos;
- VIII - já existir processo administrativo de alegação de omissão de informação de DLP na Declaração de Saúde contra o mesmo beneficiário e com mesma alegação; ou
- IX - no caso de transferência de carteira entre operadoras.

§ 1º A operadora será notificada do motivo do arquivamento da solicitação de abertura do processo administrativo.

§ 2º Na hipótese de indeferimento em razão do inciso I deste artigo, caso seja do interesse da operadora enviar nova solicitação de abertura, esta poderá ser encaminhada munida da documentação completa, de acordo com o estabelecido no art.18.

Art. 20. Não caberá qualquer alegação de DLP ou aplicação de CPT ou Agravo, nos casos referidos no art. 12, inciso III da Lei nº 9.656 de 1998.

Art. 21. Estando em ordem a documentação, a ANS notificará o beneficiário, a fim de que este se manifeste acerca do processo administrativo no prazo de quinze dias, contados da data em que a notificação for efetuada.

§ 1º Da notificação deverá constar:

- I - a identificação do beneficiário e da Operadora;
- II - a finalidade da notificação;
- III - cópia da solicitação de abertura do processo administrativo e de toda a documentação que a operadora enviou;
- IV - o número do processo administrativo, com a informação de que o respectivo número deverá constar de sua eventual impugnação;
- V - o prazo para a resposta, com a informação de que a impugnação deverá estar acompanhada dos documentos pertinentes, bem como de que o aludido prazo será contado da data da efetivação da notificação do beneficiário e de que o seu termo final será a data de seu protocolo, ou de sua postagem no correio, em conformidade com o §4º;
- VI - os meios e os endereços para a protocolização da respectiva resposta;
- VII - o número da presente Resolução Normativa e a informação de sua disponibilidade na página institucional da ANS na internet;
- VIII - a informação da continuidade do processo independentemente da apresentação de resposta; e

IX - os fundamentos legais pertinentes.

§ 2º A notificação realizar-se-á por via postal, remetida para o endereço do beneficiário, cuja entrega será comprovada através de Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente, emitido pelo serviço postal, devidamente assinado e datado.

§ 3º Considera-se efetuada a notificação, na data do seu recebimento apostada no AR, ou documento equivalente.

§ 4º A manifestação do beneficiário poderá ser protocolizada na ANS ou encaminhada pelo correio diretamente à ANS, sendo a data de protocolo ou de postagem considerada para o cumprimento do prazo estipulado.

§ 5º Caso o beneficiário não se manifeste no prazo estipulado, o processo será analisado de acordo com a documentação enviada pela operadora.

Art. 22. A operadora de planos privados de assistência à saúde é responsável pelo envio do endereço atualizado do beneficiário, a qualquer tempo, durante o trâmite do processo administrativo.

§ 1º Caso não seja possível notificar o beneficiário a partir do endereço enviado pela operadora, esta será intimada pela ANS, a fim de enviar no prazo máximo de quinze dias o endereço atualizado.

§ 2º Frustrada a nova tentativa de notificação por via postal, esta será realizada por edital, publicado uma única vez no Diário Oficial da União, e o processo ficará suspenso por até um ano, até que a operadora envie o endereço atualizado e a notificação seja devidamente efetuada ou até que o beneficiário atenda os termos do edital.

§ 3º Após um ano de suspensão do processo, caso o beneficiário não seja localizado por meio do endereço enviado pela operadora, o processo será arquivado, nos termos do art. 40 da Lei nº 9.784, de 1999.

Art. 23. A ANS poderá requerer a qualquer momento e a qualquer uma das partes, documentos e/ou informações que julgar necessárias à instrução do processo administrativo, definindo o prazo de quinze dias a contar da data de recebimento do ofício de comunicação para a manifestação das partes.

§ 1º No caso de haver juntada de novos documentos, fica assegurado o direito à outra parte interessada para manifestação no prazo de quinze dias.

§ 2º Na fase de instrução do processo, as partes poderão juntar outros documentos ou pareceres, desde que pertinentes e relevantes para o deslinde da questão.

Art. 24. Com o processo devidamente instruído, deverá ser elaborada Nota pelo órgão competente, com vistas a subsidiar a decisão a ser proferida pelo Diretor da DIPRO.

Art. 25. O Diretor da DIPRO proferirá decisão, da qual serão notificadas as partes, para, se for o caso, interporem recurso administrativo que será julgado pela Diretoria Colegiada como instância administrativa máxima.

§ 1º A notificação realizar-se-á:

I - ordinariamente, por via postal, cuja entrega será comprovada pelo Aviso de Recebimento (AR) ou documento equivalente emitido pelo serviço postal, devidamente assinado; ou

II - por edital publicado uma única vez no Diário Oficial da União, se frustrada a tentativa de notificação por via postal.

§ 2º Considera-se efetuada a notificação na data em que esta for recebida.

§ 3º O prazo para interposição do recurso administrativo é de quinze dias, contados da data em que a notificação da decisão for efetuada e deverá ser dirigido à DIPRO, que notificará a outra parte, concedendo o mesmo prazo para contrarrazões.

§ 4º O recurso administrativo e as contrarrazões poderão ser protocolizados na ANS ou encaminhados pelo correio.

§ 5º Na hipótese de recurso administrativo encaminhado pelo correio, a tempestividade será aferida pela data da postagem.

§ 6º Não havendo interposição de recurso administrativo no prazo regular, a decisão deverá ser comunicada às partes e publicada, em extrato, no Diário Oficial da União, e o processo administrativo arquivado, após a adoção das providências cabíveis.

Art. 26. No caso de interposição de recurso administrativo, após decorrido o prazo da apresentação das contrarrazões, o processo administrativo será encaminhado para posterior apreciação ou julgamento pela Diretoria Colegiada.

Parágrafo único. A decisão proferida pela Diretoria Colegiada deverá ser publicada, em extrato, no Diário Oficial da União e informada às partes na forma do art. 25, não cabendo recurso.

Art. 27. Identificada no curso do processo administrativo a existência de indícios de prática infrativa por parte da operadora, a DIPRO dará ciência do fato à Diretoria de Fiscalização – DIFIS, para as providências cabíveis.

Art. 28. Sendo o julgamento final favorável à operadora, apenas poderá ser excluído o beneficiário que foi parte no processo administrativo.

§ 1º No caso de o excluído ser o beneficiário titular do plano individual ou familiar, este poderá transferir a responsabilidade financeira a um dos dependentes ou permanecer somente como responsável financeiro, não sendo mais beneficiário do plano contratado.

§ 2º No caso de planos coletivos, somente o beneficiário que foi parte no respectivo processo poderá ser excluído.

Art. 29. A operadora poderá solicitar, a qualquer tempo, o arquivamento do processo administrativo já autuado.

§ 1º Caso o beneficiário já tenha sido notificado a respeito da abertura do processo administrativo, este deverá manifestar concordância para a efetivação do arquivamento.

§ 2º A ANS deverá comunicar a decisão de arquivamento administrativo às partes, na forma dos art. 25.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30. Aplicam-se subsidiariamente ao processo administrativo de que trata a presente Resolução as disposições da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 31. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, bem como, no que couber, aos demais contratos vigentes.

Art. 32. Fica revogada a Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007.

Art. 33. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.

ANEXO

ANEXO
CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedir-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc. *) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:

www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____ / ____ / ____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS**, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos, em 09/12/2024, às 13:21, 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 **LUCIANA SANTOS FIGUEIRA**, Técnico em Regulação de Saúde Suplementar, em 09/12/2024, às 13:22, 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 13:30, 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 14:06, 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 15:04, 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 15:23, 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 15:33, 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 13:39, 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 18:43, 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 **31143714** e o código CRC **60114B78**.

Referência: Processo nº 33910.025318/2024-75

SEI nº 31143714