



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA

Estado de São Paulo

PÇA. CEL. ORLANDO, 600 - C. P. 77 - CEP 14620-000 - FONE PABX (16) 3820-8000

CNPJ: 45.351.749/0001-11

OFÍCIO Nº 92/2025

Orlândia, 20 de Maio de 2025

Ao

Gabinete

Jorge Gabriel Grasi

Prefeito Municipal

Assunto: **impugnação – pregão eletrônico nº 70/2025** - Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de assistência médica, ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e laboratorial aos servidores públicos ativos e inativos, efetivos e comissionados, agentes políticos, pensionistas/aposentados da prefeitura municipal de Orlândia e do instituto de previdência municipal, bem como os servidores da câmara municipal de Orlândia e conselheiros tutelares.

Prezado Sr. Prefeito

Sobre o pedido de impugnação recebido tempestivamente da empresa **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A**, inscrita no CNPJ nº 63.554.067/0001-98, referente ao certame em epígrafe, a impugnante pede que:

(i) alterar o item 8.2.5.3 do Edital para determinar que comprovação de capital mínimo ou valor de patrimônio líquido equivalente a 10% do valor estimado para a contratação seja uma alternativa à apresentação dos índices financeiros, para fins de comprovação da qualificação econômico-financeira da licitante;

(ii) alterar os itens 5.38 a 5.40 do Termo de Referência anexo ao Edital e a Cláusula Sétima da Minuta do Contrato (Anexo IV), para que passem a prever de forma expressa (a) o reajuste anual do preço dos serviços com base nos índices VCMH e (b) o reajuste técnico na hipótese de o sinistro ultrapassar o patamar de 70%;

(iii) alterar o Termo de Referência para que rede credenciada ofertada pela operadora, para TODOS os serviços e especialidades, incluindo hospitais gerais e especializados, pronto-socorro, centros médicos, consultórios, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais colocados à disposição dos usuários do Programa de Assistência à Saúde pela Operadora de Plano de Saúde seja ampliado para um raio de até 60km do Paço Municipal de Orlândia/SP.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA

Estado de São Paulo

PÇA. CEL. ORLANDO, 600 - C. P. 77 - CEP 14620-000 - FONE PABX (16) 3820-8000
CNPJ: 45.351.749/0001-11

Sobre o pedido (i) o artigo 69, §4º da Lei 14.133/2021, transcrito abaixo, deixa claro que a exigência de capital ou patrimônio líquido mínimo **não é obrigatória**, mas **discricionária**, e somente pode ser utilizada quando houver justificativa técnica que demonstre os riscos envolvidos na contratação. Ou seja, não se trata de um requisito automático ou de aplicação genérica.

Art. 69. A habilitação econômico-financeira visa a demonstrar a aptidão econômica do licitante para cumprir as obrigações decorrentes do futuro contrato, devendo ser comprovada de forma objetiva, por coeficientes e índices econômicos previstos no edital, devidamente justificados no processo licitatório, e será restrita à apresentação da seguinte documentação:

§ 4º A Administração, nas compras para entrega futura e na execução de obras e serviços, poderá estabelecer no edital a exigência de capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo equivalente a até 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação (grifo nosso).

Em contraponto, o mesmo artigo aborda de forma categórica quais documentos podem ser exigidos para fins de habilitação econômica financeira, estando o edital em questão em consonância com a legislação.

O valor estimado da contratação, isoladamente, **não justifica a imposição de barreiras financeiras à participação** de empresas, especialmente em respeito aos princípios da **competitividade** e do julgamento objetivo, previstos nos arts. 5º da Lei nº 14.133/2021.

Com base no exposto, entendemos como **IMPROCEDENTE** o pedido de alteração do item **8.2.5.3 do edital**.

A respeito do item (ii) aciona-se a **Resolução Normativa ANS nº 565/2022** que estabelece diretrizes quanto Regras Contratuais Relativas à Aplicação do Reajuste em Planos Coletivos (em anexo)

Segundo o artigo 27 da RN 565/2022 os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

I – deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA

Estado de São Paulo

PÇA. CEL. ORLANDO, 600 - C. P. 77 - CEP 14620-000 - FONE PABX (16) 3820-8000
CNPJ: 45.351.749/0001-11

variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada está o mês de assinatura do contrato;

II – na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III – nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.

Nesse sentido entendemos que os itens **5.38** a **5.40** do termo de Referência anexo ao edital e a Cláusula Sétima da minuta contratual estão em conformidade com a legislação vigente, especificamente o §7º do artigo 25 da Lei 14.133/2021, que disserta que independentemente do prazo de duração do contrato, será obrigatória a previsão no edital de índice de reajustamento de preço, **com data-base vinculada à data do orçamento** estimado e com a possibilidade de ser estabelecido mais de um índice específico ou setorial, em conformidade com a realidade de mercado dos respectivos insumos.

Entendemos, portanto que o índice retratado no edital do certame expressa a realidade do mercado, como requisito legal, e cumpre as exigências do artigo 25 da referida Lei. Diante disso consideramos **IMPROCEDENTE** o pedido (ii) da impugnante.

Quanto a alteração solicitada no item (iii) se faz necessário mencionar a **Resolução Normativa ANS nº 566/2022** que dispõem sobre a Garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde (em anexo).

De acordo com o artigo 2º da Resolução a operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A, 10-B, 10-C e 12 da Lei nº9.656, de



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA

Estado de São Paulo

PÇA. CEL. ORLANDO, 600 - C. P. 77 - CEP 14620-000 - FONE PABX (16) 3820-8000
CNPJ: 45.351.749/0001-11

3 de junho de 1998, **no município onde o beneficiário os demandar**, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Interpretamos, portanto, que apenas em hipóteses excepcionais, de indisponibilidade ou inexistência de prestador, a Operadora pode oferecer rede nas cidades limítrofes, não sendo portanto a via de regra.

Por essa razão e considerando que o deslocamento excessivo impõe um ônus financeiro e físico significativo aos beneficiários, muitos dos quais eventualmente já enfrentam limitações econômicas que dificultam o custeio de transporte, alimentação e eventuais despesas decorrentes da ausência prolongada do trabalho.

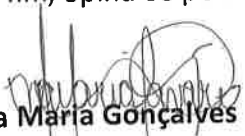
A manutenção do atendimento do plano de saúde nos limites estabelecido no edital é uma medida essencial tanto do ponto de vista da saúde dos beneficiários quanto da sustentabilidade econômica do sistema. Essa decisão é pautada em razões concretas que impactam diretamente o bem-estar dos usuários e a eficiência da gestão pública.

O acesso facilitado aos serviços de saúde garante a continuidade do cuidado, fator fundamental para o acompanhamento de doenças crônicas, realização de exames periódicos, consultas de rotina e atendimento emergencial. A distância excessiva dos centros de atendimento pode resultar em atrasos no diagnóstico, agravamento de quadros clínicos e até abandono do tratamento.

Deslocamentos de longa distância, especialmente em casos de urgência ou para pessoas com mobilidade reduzida, idosos e gestantes, impõem riscos adicionais à saúde dos beneficiários. Manter o atendimento nos limites proposto no edital evita essas exposições e assegura intervenções mais rápidas e seguras

Com base no exposto a cerca da importância da manutenção dos serviços ofertados pela operadora se limitarem a um raio de 40km do Município de Orlândia, entendemos como **IMPROCEDENTE** o pedido (iii) da impugnante.

Por fim, opina-se pela **IMPROCEDÊNCIA TOTAL** do pedido de impugnação.


Ana Maria Gonçalves Fávaro

Assessora de Licitações, Compras e Contratos

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 565, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas e dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 3º; os incisos II, XVII, XXI, XXVIII, XXXI e XXXII do art. 4º; e inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; 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 PRELIMINARES

Art. 1º Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos, contratados por pessoas físicas ou jurídicas obedecerão ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Os planos médico-hospitalares incluem os planos que apresentam uma ou algumas das segmentações referência, ambulatorial e/ou hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem cobertura odontológica, conforme previsto nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º Esta Resolução dispõe ainda sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS QUANTO AO REAJUSTE ANUAL POR VARIAÇÃO DE CUSTOS

Seção I

Dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, sujeitos à autorização de reajuste

Subseção I

Da Solicitação de Autorização para Reajuste

Art. 3º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares de assistência suplementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 4º As autorizações de reajuste devem ser solicitadas por meio do aplicativo Gestão Eletrônica de Autorização de Reajuste - GEAR, conforme procedimentos descritos na Instrução Normativa nº 51, de 27 de janeiro de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.

§ 1º A solicitação de autorização para reajuste poderá ser enviada à ANS a partir do mês de março imediatamente anterior ao período a que se refere à solicitação.

§ 2º A operadora deverá recolher a Taxa por Pedido de Reajuste de Contraprestação Pecuniária (TRC), através da Guia de Recolhimento da União (GRU), nos moldes da Resolução Normativa nº 493, de 29 de março de 2022, ou em norma que vier a sucedê-la, observando as isenções e os procedimentos estabelecidos na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 3º Será disponibilizada no sítio institucional da ANS na internet consulta atualizada das autorizações de que trata este artigo por operadora.

Subseção II

Dos Requisitos

Art. 5º A autorização de reajuste de que trata a subseção anterior estará sujeita aos seguintes requisitos:

I - estar regular quanto à última informação devida no Sistema de Informação de Beneficiários - SIB, Sistema de Informações de Produtos - SIP e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;

II - enviar solicitação de autorização para reajuste de acordo com os §§ 1º e 2º do art. 4º desta Resolução; e

III - não estar com registro de operadora cancelado.

§ 1º O atendimento ao requisito previsto no inciso I será verificado pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, através de relatórios extraídos dos respectivos sistemas da ANS.

§ 2º Ocorrendo, por quaisquer hipóteses, a impossibilidade de verificação dos requisitos conforme parágrafo anterior, a DIPRO poderá encaminhar Memorando para que o órgão gestor do respectivo sistema de informações se manifeste sobre o eventual não atendimento ao requisito no prazo de sete dias, a contar da sua expedição.

§ 3º Caso a DIPRO não receba manifestação formal do órgão gestor do respectivo sistema de

informações confirmando o não atendimento aos requisitos, será expedida autorização de reajuste para a operadora.

§ 4º As operadoras que estiverem em atraso ou com incorreção no encaminhamento das informações cadastrais mencionadas no inciso I deste artigo poderão receber autorização de reajuste caso tenham firmado Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta e tenham cumprido as obrigações exigíveis no momento da solicitação de autorização para reajuste, hipótese em que deverão enviar à ANS cópia do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta juntamente com a solicitação de autorização para reajuste, sob pena de indeferimento.

Subseção III Do Indeferimento

Art. 6º Caso a operadora não cumpra os requisitos descritos no art. 5º desta Resolução, a solicitação de autorização para reajuste será indeferida.

§ 1º Da decisão tratada no **caput**, cabe pedido de reconsideração, a ser protocolizado na ANS, no prazo de dez dias, contados da ciência do indeferimento, com provas documentais de que a operadora já havia atendido aos requisitos descritos no art. 5º desta Resolução.

§ 2º Sempre que o pedido de reconsideração não vier acompanhado da documentação comprobatória tratada no parágrafo anterior ou quando não for confirmado atendimento das exigências descritas no art. 5º, o pedido de reconsideração será sumariamente indeferido.

§ 3º Após o recebimento tempestivo do pedido de reconsideração, a solicitação de autorização para reajuste deverá ser deferida, caso seja verificado que a operadora havia cumprido os requisitos descritos no art. 5º, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma dos §§ 1º e 3º do art. 7º desta Resolução.

§ 4º Ressalvada a hipótese do § 2º deste artigo, ocorrendo a impossibilidade de verificação dos requisitos com a documentação acostada aos autos, a DIPRO poderá iniciar novo procedimento de verificação interna dos requisitos, conforme previsto nos §§ 1º a 4º do art. 5º desta Resolução.

§ 5º Na hipótese de envio do pedido de reconsideração, a tempestividade será aferida pela data do protocolo da ANS.

§ 6º Os pedidos de reconsideração deverão ser solicitados por meio do aplicativo Gestão Eletrônica de Autorização de Reajuste - GEAR, conforme os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 51, de 27 de janeiro de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.

§ 7º Na hipótese de manutenção do indeferimento, a operadora poderá solicitar nova autorização de reajuste, desde que observadas as exigências do art. 5º, sendo necessário novo recolhimento da taxa prevista no § 2º do art. 4º, iniciando-se a possibilidade de implementação do reajuste na forma dos §§ 1º e 3º do art. 7º desta Resolução, em relação à nova solicitação.

Subseção IV

Da Formalização da Autorização

Art. 7º Nas hipóteses de deferimento da solicitação de autorização para reajuste ou de deferimento a partir do provimento do pedido de reconsideração, a autorização para aplicação de reajuste será formalizada mediante ofício, encaminhado à operadora, conforme os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 51, de 27 de janeiro de 2017, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la, que deverá indicar:

I - início e o fim do período de aniversário dos contratos a que se refere a autorização; e

II - início da aplicação do reajuste.

§ 1º O início e o fim do período tratado no inciso I corresponderão, respectivamente, aos meses de maio e de abril subsequente.

§ 2º A vigência máxima da autorização de reajuste será de doze meses.

§ 3º O início do período de aplicação do reajuste somente será diferente do disposto no § 1º caso a solicitação de reajuste seja encaminhada após o mês de maio de cada ano.

§ 4º Caso a autorização para aplicação de reajuste seja concedida antes da publicação no Diário Oficial da União, do índice de reajuste máximo a ser aplicado, a operadora deverá aguardar a referida publicação para ter conhecimento do índice máximo de reajuste autorizado pela ANS.

Subseção V Do Índice de Reajuste Máximo

Art. 8º O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para as contraprestações pecuniárias dos planos tratados no art. 3º desta Resolução, calculado com base nas regras da Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018, ou norma que vier a sucedê-la, será publicado no Diário Oficial da União e no sítio institucional da ANS na internet, após aprovação da Diretoria Colegiada da ANS.

Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária.

Subseção VI Da Aplicação do Reajuste

Art. 9º A operadora que obtiver a autorização da ANS poderá aplicar o reajuste a partir do mês de aniversário do contrato.

§ 1º Caso haja defasagem entre a aplicação do reajuste e o mês de aniversário do contrato de até dois meses, o mês de aniversário será mantido e será permitida cobrança retroativa, a ser diluída pelo mesmo número de meses de defasagem.

§ 2º Caso a defasagem seja superior a dois meses, o mês de aniversário do contrato será mantido e não será permitida cobrança retroativa.

§ 3º A publicação do índice máximo de reajuste no Diário Oficial da União ocorrida após o mês de maio de cada ano não prejudicará o início de aplicação do reajuste, ficando autorizada a retroatividade ao mês do início de aplicação, constante no ofício autorizativo, desde que as eventuais cobranças retroativas se iniciem em até dois meses a contar da data de publicação e sejam diluídas pelo mesmo número de meses de atraso, limitado ao mês anterior ao próximo aniversário do contrato.

§ 4º Não haverá nenhuma hipótese de cobrança retroativa, ressalvado o disposto no § 3º do art. 6º e nos §§ 1º e 3º deste artigo.

Subseção VII

Das Informações no Boleto de Pagamento

Art. 10. Quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, deverá constar de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual autorizado, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, o nome, o código e o número de registro do produto e o mês previsto para o próximo reajuste.

Parágrafo único. Nas hipóteses do § 3º do art. 6º e dos §§ 1º e 3º do art. 9º desta Resolução, deverá constar de forma clara e precisa o valor referente à cobrança retroativa.

Subseção VIII

Da Alienação de Carteira

Art. 11. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo, será de responsabilidade da cedente a solicitação de autorização para reajuste dos planos descritos no art. 3º desta Resolução.

Parágrafo único. A operadora adquirente passa a ser responsável pela solicitação de autorização para reajuste após a data da conclusão do processo de transferência da carteira.

Seção II

Dos planos individuais ou familiares contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998

Art. 12. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência complementar à saúde individuais ou familiares contratados até 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, deverão obedecer ao disposto neste artigo.

§ 1º Para fins de reajuste das contraprestações pecuniárias, deverá ser aplicado o disposto no contrato, desde que contenha o índice de preços a ser utilizado ou critério claro de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste.

§ 2º Caso as cláusulas do contrato não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias e/ou sejam omissas quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste, deverá ser adotado percentual limitado ao índice máximo estipulado pela ANS, de acordo com esta Resolução.

§ 3º Nas hipóteses previstas nos §§ 1º e 2º deste artigo, quando da aplicação do reajuste, deverá constar de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o

percentual estabelecido, a cópia da cláusula que determina seu critério de apuração, o nome e o código de identificação do produto no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

§ 4º Excetuam-se da regra estabelecida no § 2º deste artigo, os produtos previstos nos Termos de Compromisso que definem critérios para apuração do índice de reajuste a ser autorizado pela Agência.

§ 5º Na hipótese prevista no parágrafo anterior, quando da aplicação do reajuste, além das informações que deverão ser apresentadas aos beneficiários previstas nos Termos de Compromisso, devem ainda ser informados de forma clara e precisa junto ao boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual estabelecido, o número do ofício da ANS que autorizou o reajuste aplicado, o nome e o código de identificação do produto no Sistema de Cadastro de Planos Antigos.

Seção III

Dos Reajustes dos Planos Privados Individuais ou Familiares Exclusivamente Odontológicos

Subseção I

Da Cláusula de Reajuste e Do Termo Aditivo Contratual

Art. 13. Nos planos individuais ou familiares exclusivamente odontológicos, independente da data de sua celebração, poderão ser aplicadas as cláusulas de reajuste que sejam claras, assim consideradas as que elejam índice de preços divulgado por instituição externa.

§ 1º A operadora deverá oferecer ao titular do contrato um termo aditivo que preveja um índice de preços, conforme disposto no **caput** deste artigo, que passe a vigorar como critério de reajuste anual nos contratos onde:

I - não haja cláusula de reajuste;

II - as cláusulas não indiquem expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações pecuniárias;

III - haja omissão quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste;

IV - o índice de preços sofra descontinuidade na apuração; ou

V - conste exclusivamente o índice de reajuste divulgado pela ANS.

§ 2º Nos contratos em que a cláusula de reajuste preveja mais de um critério:

I - havendo somente um critério, com as características previstas no **caput** deste artigo, este deverá prevalecer; ou

II - havendo dois ou mais, com as características previstas no **caput** deste artigo, a operadora deverá oferecer ao titular um termo aditivo, para que passe a vigorar somente um dos critérios.

§ 3º Os contratos que contenham cláusulas que utilizem o índice de reajuste divulgado pela ANS,

mas que possuam alternativa que o substitua, deverão ser mantidos, e seus reajustes calculados com base na alternativa dada pelas cláusulas vigentes, observados os incisos do § 2º deste artigo.

§ 4º Nos contratos onde a cláusula de reajuste estabeleça vinculação ao índice divulgado pela ANS, sem a previsão de outra alternativa, deverá ser observada a determinação contida no § 1º deste artigo.

§ 5º Todos os titulares de contratos vinculados a um mesmo plano que se enquadrem nas hipóteses descritas no § 1º, no inciso II do § 2º e no § 4º deste artigo, deverão receber a mesma proposta de termo aditivo para inclusão de nova cláusula.

Art. 14. No oferecimento do termo aditivo, deverá ser consignado que a não concordância expressa ou a não manifestação do titular quanto à cláusula de reajuste proposta, no prazo de quinze dias do recebimento do termo aditivo, implicará a adoção do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, para fins de reajuste.

Art. 15. A operadora informará ao titular do plano que se encontra disponível o modelo de contrato firmado, quando do oferecimento da proposta de termo aditivo.

Art. 16. A operadora deverá manter por cinco anos o comprovante do recebimento da proposta de qualquer termo aditivo pelo titular do contrato.

Subseção II

Da Aplicação da Cláusula de Reajuste

Art. 17. O percentual do reajuste a ser aplicado deverá ser mensurado com base no índice oficialmente divulgado, não podendo ser consideradas eventuais projeções do respectivo índice.

Art. 18. O reajuste a ser aplicado ao contrato deverá estar limitado ao apurado com base em doze meses ininterruptos.

Art. 19. O índice poderá ser apurado mensalmente para aplicação à contraprestação pecuniária dos beneficiários na data de aniversário de contrato.

Parágrafo único. A defasagem máxima permitida entre a apuração do reajuste e sua aplicação será de três meses.

Art. 20. A operadora poderá aplicar, no máximo, o reajuste previsto na cláusula ou no termo aditivo, conforme o caso.

Art. 21. Nos planos individuais ou familiares exclusivamente odontológicos, os valores relativos às franquias ou coparticipações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao aplicado à contraprestação pecuniária.

Subseção III

Das Informações no Boleto de Pagamento

Art. 22. Quando da aplicação do reajuste nos planos privados de assistência à saúde individuais ou

familiares exclusivamente odontológicos, deverá constar, de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, as seguintes informações:

I - o reajuste aplicado;

II - o período em que foi apurado;

III - o nome do plano, o número de registro do produto na ANS ou o código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos e o número do contrato ou da apólice; e

IV - o índice utilizado, segundo o disposto no **caput** e §§ 1º ao 4º do art. 13 ou art. 14 desta Resolução, conforme o caso.

Subseção IV

Do Período de Aplicação do Reajuste e Da Cobrança Retroativa

Art. 23. A operadora poderá aplicar o reajuste contratual no período que compreende a data de aniversário do contrato e os doze meses posteriores.

§ 1º Será permitida cobrança retroativa, a ser diluída proporcionalmente pelo mesmo número de meses após a data de aniversário do contrato.

§ 2º No boleto de cobrança referente ao mês da aplicação do reajuste se observará o disposto no art. 22 desta Resolução, devendo ser informado, em caso de cobrança retroativa, a manutenção da data de aniversário do contrato, bem como a forma de cobrança.

§ 3º Enquanto durar a cobrança retroativa deverá constar do boleto de cobrança a indicação do valor referente à parcela diluída.

Seção IV

Das disposições comuns ao reajuste dos planos coletivos privados de assistência complementar à saúde médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e do reajuste dos planos coletivos exclusivamente odontológicos

Subseção I

Do Reajuste em Planos Coletivos

Art. 24. Nenhum contrato coletivo poderá sofrer qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária em periodicidade inferior a doze meses, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do contrato, ressalvadas as variações em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação do contrato à Lei nº 9.656, de 1998, bem como a regra prevista no art. 11-A da Resolução Normativa nº 137, de 14 de novembro de 2006, ou outra norma que vier a sucedê-la.

Art. 25. Independentemente da data de inclusão dos beneficiários, os valores de suas contraprestações pecuniárias sofrerão reajuste na data de aniversário de vigência do contrato, entendendo-se esta como data-base única.

Art. 26. A data-base de reajuste de um contrato de plano privado de assistência à saúde coletivo

poderá ser alterada pela vontade dos contratantes, desde que a referida modificação não viole a regra da periodicidade anual disposta no art. 24 desta Resolução.

Subseção II

Das Regras Contratuais Relativas à Aplicação do Reajuste em Planos Coletivos

Art. 27. Os contratos de planos coletivos devem prever as seguintes regras para aplicação de reajuste:

I - deverá ser informado que o valor das mensalidades e a tabela de preços para novas adesões serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do índice eleito pela operadora que será apurado no período de doze meses consecutivos, e o tempo de antecedência em meses da aplicação do reajuste em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do contrato;

II - na hipótese de ser constatada a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, este será reavaliado, sendo que o nível de sinistralidade da carteira terá por base a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de doze meses consecutivos, anteriores à data-base de aniversário considerada como o mês de assinatura do contrato;

III - nos casos de aplicação de reajuste por sinistralidade, o mesmo deverá ser procedido de forma complementar ao especificado no inciso I deste artigo.

Subseção III

Da Obrigatoriedade de Comunicação do Reajuste

Art. 28. Estão sujeitos ao comunicado de reajuste os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, e os planos coletivos exclusivamente odontológicos, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos pelo item 11.1.1 do Anexo II da Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, ou em norma que vier a sucedê-la, independente da data da celebração do contrato, para os quais deverão ser informados à ANS:

I - os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e

II - as alterações de coparticipação e franquia.

Subseção IV

Da Comunicação

Art. 29. Os reajustes das contraprestações pecuniárias e as alterações de franquia e coparticipação dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS pela internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.

Art. 30. Para fins do disposto no art. 28 desta Resolução, deverá ser comunicada qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção.

§ 1º A variação igual a zero de que trata o **caput** deste artigo se refere à manutenção do valor da

contraprestação pecuniária após o prazo de doze meses a contar do último reajuste.

§ 2º Para cada período de doze meses deverá haver ao menos uma comunicação de reajuste, revisão ou manutenção da contraprestação pecuniária.

Art. 31. Nos planos com formação de preço pós-estabelecido, custo operacional e rateio, não há reajuste de mensalidade, não havendo obrigação de enviar comunicado à ANS, entretanto a operadora deverá esclarecer como se dará o reajuste da tabela praticada entre a operadora e prestadores de sua rede e com que periodicidade.

Subseção V **Das Informações no Boleto de Pagamento e na Fatura**

Art. 32. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações:

I - o nome do produto, o número do registro do produto na ANS ou o código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e o número do contrato ou da apólice;

II - a data e o percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;

III - o valor cobrado; e

IV - que o reajuste será comunicado à ANS pela internet, por meio de aplicativo, nos prazos determinados pela Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos, ou em norma que vier a sucedê-la.

§ 1º Sempre que houver cobrança mensal dos beneficiários, por qualquer meio, como desconto em folha ou débito bancário, ainda que não sejam emitidos pela operadora, esta deverá diligenciar para que os beneficiários recebam, no mês do reajuste, um documento contendo as informações previstas neste artigo.

§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagamento do beneficiário.

Art. 33. Todos os valores cobrados dos beneficiários devem ser discriminados, inclusive as despesas acessórias, tais como as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multa e juros.

Subseção VI **Da Alienação de Carteira**

Art. 34. No caso de alienação de carteira, até a conclusão do processo de transferência dos produtos, serão de responsabilidade da cedente as comunicações de reajuste de planos coletivos descritas no art. 28 desta Resolução.

§ 1º No caso de alienação de carteira, a operadora adquirente passa a ser responsável pelo comunicado de reajuste após a data da conclusão do processo de transferência.

§ 2º O prazo para envio dos comunicados de reajuste na hipótese do parágrafo anterior ficará suspenso entre a data da conclusão do processo de transferência da carteira e a habilitação da operadora adquirente para o envio dos comunicados de reajuste dos planos transferidos no aplicativo RPC.

§ 3º Na hipótese do parágrafo anterior, após a habilitação no aplicativo RPC, caberá à operadora adquirente a obrigação de comunicar os reajustes efetuados no período em que o prazo de envio esteve suspenso.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS RELATIVAS AO AGRUPAMENTO DE CONTRATOS PARA FINS DE CÁLCULO E APLICAÇÃO DE REAJUSTE

Seção I

Do Âmbito de Aplicação

Art. 35. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, deverão conter cláusula de reajuste que observa a metodologia do agrupamento de contratos estabelecida nesta Resolução. Parágrafo único. O agrupamento de contratos não se aplica:

I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos;

II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o art. 17 da Resolução Normativa nº 488, de 29 de março de 2022, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; e

III - aos planos privados de assistência à saúde com formação de preço pós-estabelecido.

Art. 36. Para os fins desta Resolução, considera-se:

I - agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;

II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de trinta beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme **caput** e § 1º do art. 37 desta Resolução, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo;

III - período de apuração da quantidade de beneficiários: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que são identificados os contratos que serão agregados ao agrupamento de acordo com a quantidade de beneficiários, que deve ser apurada em data específica, conforme art. 40 desta Resolução;

IV - período de cálculo do reajuste: período definido pela operadora de planos privados de assistência à saúde em que o reajuste do agrupamento de contratos é calculado, devendo ser posterior ao fim do período de apuração da quantidade de beneficiários dos contratos e anterior à

data da divulgação do percentual de reajuste estabelecida no art. 42 desta Resolução; e

V - período de aplicação do reajuste: período compreendido entre maio do ano do cálculo do reajuste e abril do ano subsequente, durante o qual é aplicado o reajuste aos contratos agregados ao agrupamento.

Parágrafo único. O contrato pode perder a condição de agregado ao agrupamento caso, posteriormente, deixe de possuir a quantidade de beneficiários elegível para o agrupamento, conforme art. 40 desta Resolução.

Seção II

Das Regras sobre o Agrupamento de Contratos Coletivos para o Cálculo do Percentual de Reajuste

Art. 37. É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de trinta beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.

§ 1º É facultado às operadoras de planos privados de assistência à saúde agregar contratos coletivos com trinta ou mais beneficiários ao agrupamento de contratos descrito no **caput**, desde que estabeleça expressamente em cláusula contratual qual será a quantidade de beneficiários a ser considerada para a formação do agrupamento.

§ 2º Qualquer que seja a quantidade de beneficiários estabelecida pela operadora de planos privados de assistência à saúde para formar o agrupamento de contratos, deverão ser observadas as regras estabelecidas nesta Resolução, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos coletivos.

Art. 38. Ressalvada a hipótese prevista no art. 39, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no art. 40, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

Art. 39. O agrupamento de contratos coletivos de que trata o art. 37 desta Resolução poderá ser desmembrado em até três subagrupamentos, separados pelo tipo de cobertura, que é definido de acordo com a segmentação assistencial do plano ao qual o contrato está vinculado, da seguinte forma:

I - sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial "ambulatorial" e "ambulatorial + odontológico";

II - internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar sem obstetrícia", "hospitalar sem obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia" e "ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico"; e

III - internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial "hospitalar com obstetrícia", "hospitalar com obstetrícia + odontológico", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia", "ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico", e "referência".

§ 1º Caso a operadora de planos privados de assistência à saúde opte pelo desmembramento, poderá ocorrer a aplicação de até três percentuais de reajuste diferentes dentro do mesmo contrato coletivo, de acordo com o número de subagrupamentos.

§ 2º A quantidade de percentuais de reajuste diferentes aplicados com base no § 1º deste artigo deverá guardar relação com a quantidade de subagrupamentos, que deverá estar expressamente estabelecida no contrato coletivo, e sua alteração somente poderá ocorrer mediante aditamento dos contratos.

Seção III

Da Apuração da Quantidade de Beneficiários

Art. 40. Para os efeitos desta Resolução, a quantidade de beneficiários em um contrato deverá ser apurada anualmente no mês de seu aniversário, ressalvada a hipótese prevista no § 1º deste artigo.

§ 1º Para os novos contratos, a primeira data a ser considerada para a apuração da quantidade de beneficiários será a da assinatura do contrato e as datas seguintes a serem consideradas incorrerão na regra prevista no **caput**, que corresponde ao mês de aniversário do contrato.

§ 2º Será considerado um contrato agregado ao agrupamento aquele que possuir quantidade de beneficiários igual ou inferior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no **caput**, ainda que ocorra posterior variação da quantidade de beneficiários.

§ 3º Caso a quantidade de beneficiários do contrato agregado seja superior à quantidade estabelecida para a formação do agrupamento na data prevista no **caput**, esse contrato ficará desagregado do agrupamento.

§ 4º A apuração da quantidade de beneficiários do contrato deverá levar em conta todos os planos a ele vinculados.

§ 5º Em se tratando de contrato firmado entre a operadora e a administradora de benefícios na condição de coestipulante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta todos os beneficiários vinculados ao contrato com a administradora.

§ 6º Em se tratando de administradora de benefícios na condição de prestadora de serviços para a pessoa jurídica contratante, para a apuração da quantidade de beneficiários, a operadora deverá levar em conta os beneficiários vinculados a cada contrato firmado.

Seção IV

Da Aplicação do Percentual de Reajuste

Art. 41. O percentual de reajuste calculado para o agrupamento de contratos será aplicado no mês de aniversário do contrato no período que vai do mês de maio ao mês de abril do ano subsequente, imediatamente posterior ao período de cálculo do reajuste.

§ 1º O valor do percentual do reajuste calculado para o agrupamento de contratos deverá ser único, sendo vedado qualquer tipo de variação.

§ 2º O percentual de reajuste somente será aplicado aos contratos agregados ao agrupamento considerando a data do seu último aniversário ou, na hipótese de inexistência dessa data, se foram agregados ao agrupamento no momento de sua assinatura.

§ 3º Aos contratos não agregados ao agrupamento, deve-se aplicar o reajuste de acordo com a cláusula de reajuste vigente, nos termos do contrato.

Seção V

Dos Aspectos Operacionais

Art. 42. A operadora deverá divulgar até o primeiro dia útil do mês de maio de cada ano, e manter em seu endereço eletrônico na internet, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento de contratos, bem como identificar os contratos que receberão o reajuste, com o código informado no aplicativo RPC, e seus respectivos produtos, com número de registro na ANS.

§ 1º Quando a operadora de planos privados de assistência à saúde optar pelos subagrupamentos de que trata o art. 39, os percentuais de reajuste deverão ser divulgados, por tipo de cobertura, no dia e forma definidos no **caput** deste artigo.

§ 2º A operadora deverá observar a obrigação de informar o percentual aplicado por meio do boleto e da fatura de cobrança, conforme estabelece o art. 32 desta Resolução.

Art. 43. Para a aplicação do percentual de reajuste calculado, não será necessária a autorização prévia da ANS, porém, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, a metodologia e os dados utilizados pela operadora no cálculo do reajuste do agrupamento para a verificação do percentual aplicado.

§ 1º Na hipótese do **caput**, a operadora de planos privados de assistência à saúde terá o prazo máximo de dez dias úteis, contados do recebimento do ofício da ANS, para atender a referida solicitação.

§ 2º A operadora deverá observar os normativos que disciplinam os comunicados de reajustes de planos coletivos, enviados à ANS por meio do aplicativo RPC.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 44. A operadora deverá manter por cinco anos, disponíveis para eventual fiscalização da ANS, os documentos que comprovem a alteração ou manutenção do valor da contraprestação pecuniária dos planos de que tratam esta Resolução.

Art. 45. As 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, não são consideradas reajuste para fins desta Resolução.

Art. 46. A existência de cláusula contratual entre a operadora e o beneficiário do plano contratado após 1º de janeiro de 1999 e dos planos adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros para o seu cálculo,

não exime as operadoras do cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 47. A ausência de pagamento de contraprestação pecuniária que sofra alteração pela aplicação de reajuste ou revisão sem observância do disposto nesta Resolução, não será considerada como inadimplência.

Art. 48. As autorizações de reajuste de planos individuais ou familiares regulamentados, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, expedidas na vigência da Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008, permanecem em vigor até o final do período mencionado nos respectivos ofícios autorizativos.

Art. 49. Os contratos coletivos empresariais ou por adesão, firmados antes de 24 de outubro de 2012 e que não tenham sido aditados para adequação de suas cláusulas à metodologia do agrupamento de contratos para fins de cálculo e aplicação de reajuste anual por variação de custo, não poderão receber novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular.

Art. 50. Não se aplica o disposto nos §§ 1º ao 5º do art. 13 e o art. 14 aos contratos nos quais foram firmados termos aditivos nos moldes das Resoluções Normativas nº 118, de 7 de dezembro de 2005, e nº 129, de 18 de maio de 2006, facultando-se, para os casos em que o termo aditivo tenha prazo de validade determinado, a prorrogação de sua vigência, desde que haja concordância expressa do beneficiário.

Art. 51. Instruções Normativas poderão detalhar as rotinas de solicitação e de autorização de reajuste e de preenchimento e envio das informações tratados nesta Resolução, com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da sistemática de autorização e de monitoramento dos reajustes dos produtos.

Parágrafo único. Os aplicativos GEAR e RPC, bem como seus respectivos manuais, encontram-se disponíveis no sítio institucional da ANS na internet.

Art. 52. Ficam revogadas:

I - a Resolução Normativa nº 171, de 29 de abril de 2008;

II - a Resolução Normativa nº 172, de 8 de julho de 2008;

III - os incisos III e IV do art. 1º, o art. 5º e o art. 6º da Resolução Normativa nº 274, de 20 de outubro de 2011;

IV - a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012; e

V - a Resolução Normativa nº 362, de 4 de dezembro de 2014.

Art. 53. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO

DIRETOR-PRESIDENTE

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

CORRELAÇÕES:

Decretonº 10.139, de 2019

Lei nº 9.961, de 2000

RR nº 21, de 2022

A RN nº 565 revogou:

RN nº 171, de 2008;

RN nº 172, de 2008;

RN nº 309, de 2012; e

RN nº 362, de 2014.

A RN nº 565 alterou:

RN nº 274, de 2011

* AVISO DE RETIFICAÇÃO

Publicado no DOU nº 25, Seção 1, em 03/02/2023, pág.35

Na Resolução Normativa ANS nº 565, de 16 de dezembro de 2022, publicada no Diário Oficial da União nº 246, Seção 1, em 30 de dezembro de 2022, páginas 362 a 365, no § 4º do art. 9º:

Onde se lê: “§ 4º Não haverá nenhuma hipótese de cobrança retroativa, ressalvado o disposto no § 3º do art. 6º e nos parágrafos deste artigo.”

Lê-se: “§ 4º Não haverá nenhuma hipótese de cobrança retroativa, ressalvado o disposto no § 3º do art. 6º e nos §§ 1º e 3º deste artigo.”

No parágrafo único do art. 10:

Onde se lê: "Parágrafo único. Nas hipóteses do § 3º do art. 6º e dos §§ 1º ao 3º do art. 9º desta Resolução, deverá constar de forma clara e precisa o valor referente à cobrança retroativa."

Leia-se: "Parágrafo único. Nas hipóteses do § 3º do art. 6º e dos §§ 1º e 3º do art. 9º desta Resolução, deverá constar de forma clara e precisa o valor referente à cobrança retroativa."

No § 2º do art. 32:

Onde se lê: "§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso IV do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagamento do beneficiário."

Leia-se: "§ 2º No documento previsto no parágrafo anterior, a informação tratada no inciso III do caput deste artigo deverá especificar o valor ou a parcela para pagamento do beneficiário."

VOLTAR

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 566, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; 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 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 Normativa dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde.

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - área geográfica de abrangência: área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

II - área de atuação do produto: municípios ou Estados de cobertura e operação do produto, indicados pela operadora no contrato de acordo com a área geográfica de abrangência;

III - município da demanda: Local da federação onde o beneficiário busca o serviço ou procedimento, desde que faça parte da área de atuação do produto;

IV - rede assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, podendo ser própria ou contratualizada;

V - região de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

VI - indisponibilidade: quando, no município da demanda, existe prestador na rede assistencial da operadora de planos de saúde que ofereça o serviço ou procedimento demandado, mas este prestador não se encontra disponível para atendimento nos prazos estabelecidos nesta resolução

normativa; e

VII - inexistência: quando, no município da demanda, não existe prestador que ofereça o serviço ou procedimento demandado, seja ele integrante ou não da rede assistencial da operadora.

§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (<https://www.gov.br/ans/pt-br>).

CAPÍTULO II

DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I

Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A, 10-B, 10-C e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I - consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até sete dias úteis;

II - consulta nas demais especialidades médicas: em até quatorze dias úteis;

III - consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até dez dias úteis;

IV - consulta/sessão com nutricionista: em até dez dias úteis;

V - consulta/sessão com psicólogo: em até dez dias úteis;

VI - consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até dez dias úteis;

VII - consulta/sessão com fisioterapeuta: em até dez dias úteis;

VIII - consulta/sessão com enfermeiro obstetra ou obstetriz: em até dez dias úteis;

IX - consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até sete dias úteis;

X - serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até três dias úteis;

XI - demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até dez dias úteis;

XII - procedimentos de alta complexidade - PAC: em até vinte e um dias úteis;

XIII - atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XIV - atendimento em regime de hospital-dia: em até dez dias úteis;

XV - tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamento para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes: em até 10 (dez) dias úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo;

XVI - tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar: em até dez úteis, cujo fornecimento poderá ser realizado de maneira fracionada por ciclo;
e

XVII - urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XII são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos X, XI e XIV e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XII.

§ 6º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção deverá observar os prazos máximos previstos neste artigo, não podendo ultrapassar 30 dias corridos, conforme previsto no art. 9º, § 2º da Lei nº 9.263, de 1996, incluído pela Lei nº 14.443, de 2002." (NR) (Incluído pela RN nº 595, de 19/12/2023)

Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do

Produto

Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em:

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este.

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Subseção II

Da Inexistência de Prestador no Município

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em:

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município.

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte

do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XVII do art. 3º.

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las.

Seção III **Das Disposições Comuns**

Subseção I **Do Transporte**

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 8º A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário.

Art. 9º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Subseção II **Do Reembolso**

Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo.

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo

integralmente.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11. A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 12. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor.

Art. 13. Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta Resolução Normativa aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 14. O descumprimento do disposto nesta Resolução Normativa sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 15. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas:

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na Resolução Normativa nº 485, de 29 de março de 2022 e suas alterações posteriores.

§ 1º Na hipótese de adoção da medida prevista no inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 14 da presente resolução.

§ 3º Durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso, tais como:

I - segmentação assistencial;

II - área geográfica de abrangência; e

III - área de atuação do produto.

Art. 16. Ficam revogados:

I - a Resolução Normativa - nº 259, de 17 de junho de 2011;

II - a Resolução Normativa - nº 268, de 1º de setembro de 2011; e

III - o art. 3º da Resolução Normativa - nº 334, de 1º de agosto de 2013.

Art. 17. Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1 de fevereiro de 2023.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO
DIRETOR-PRESIDENTE

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

CORRELAÇÕES:

Decreto nº 10.139, de 2019

Lei nº 9.961, de 2000

Lei nº 10.185, de 200

RR nº 21, de 2022

A RN nº 566 revogou:

RN nº 259, de 2011;

RN nº 268, de 2011; e

O art. 3º da RN nº 334, de 2013.

* AVISO DE RETIFICAÇÃO

Publicado no DOU nº 25, Seção 1, em 03/02/2023, pág.35

Na Resolução Normativa ANS nº 566, de 14 de dezembro de 2022, publicada no Diário Oficial da União nº 1, Seção 1, em 2 de janeiro de 2023, páginas 94 a 95, no § 5º do art. 3º:

Onde se lê: "§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos X, XI e XIV e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XIII."

Lê-se: "§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos X, XI e XIV e que se enquadram no Rol de Procedimentos e

Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XII."

VOLTAR



PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA

Estado de São Paulo

PÇA. CEL. ORLANDO, 600 - CX. POSTAL, 77 - CEP 14620-000 - FONE PABX (16) 3820-8000

Orlândia-SP, 21 de Maio de 2025.

ORIGEM: GABINETE DO PREFEITO

DESTINO: DEPARTAMENTO DE COMPRAS E LICITAÇÕES

ASSUNTO: IMPUGNAÇÃO AO EDITAL – Pregão Eletrônico n.º 70/2025 - CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, AMBULATORIAL, HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA E LABORATORIAL AOS SERVIDORES PÚBLICOS ATIVOS E INATIVOS, EFETIVOS E COMISSIONADOS, AGENTES POLÍTICOS, PENSIONISTAS/APOSENTADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA E DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL, BEM COMO OS SERVIDORES DA CÂMARA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA E CONSELHEIROS TUTELARES.

IMPUGNANTE: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A, CNPJ n.º 63.554.067/0001-98.

DESPACHO

1. Considerando a manifestação da Assessoria de Licitações, Compras e Contratos (em anexo), o qual adoto como razão de decidir, **DECIDO** pela **TOTAL IMPROCEDÊNCIA** da impugnação.

2. Desse modo, **DETERMINO**:

(i) Dê-se ciência desta decisão à IMPUGNANTE;

(ii) Seja esta decisão publicada junto à imprensa oficial, atendendo ao princípio da publicidade que deve nortear os atos da Administração Pública;

3. A seguir sejam tomadas as devidas providências legais e de praxe administrativa (publicações, etc), juntando-se o presente expediente ao processo licitatório acima descrito.

CUMPRA-SE nos termos da lei.


JORGE GABRIEL GRASI
Prefeito Municipal