
[\[Texto Original\]](#) [\[Texto alterado pelas RNs 100, 144, 160, 297\]](#) [\[Texto alterado pela RN 356 - vigente\]](#)

RN Nº 85 – ANEXO II
DO REGISTRO DE PRODUTO
(Texto Original)

~~A comercialização dos produtos estabelecidos no inciso I do art. 1º da lei nº 9.656/98 deverá seguir os procedimentos definidos em Instrução Normativa específica, com as informações quanto à sua caracterização abaixo listadas, juntamente com cópia do registro de operadora emitido pela DIOPE.~~

~~Características de composição do produto, que deverão ser informadas para a obtenção do registro.~~

~~1. NOME DO PLANO~~

~~2. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL~~

~~—A Operadora deverá optar por uma das segmentações, de acordo com os seguintes códigos:~~

~~1. Ambulatorial~~

~~2. Hospitalar com Obstetrícia~~

~~3. Hospitalar sem Obstetrícia~~

~~4. Odontológico~~

~~5. Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)~~

~~6. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia~~

~~7. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia~~

~~8. Ambulatorial + Odontológico~~

~~9. Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico~~

~~10. Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico~~

~~11. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico~~

~~12. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico~~

~~3. TIPO DE CONTRATAÇÃO~~

~~—Determina-se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A operadora deverá optar por apenas um tipo de contratação, por registro, entre as seguintes conceituações na Resolução CONSU nº 44/98:~~

~~1. Individual / Familiar~~

~~2—Coletivo Empresarial~~

~~3—Coletivo por Adesão~~

~~4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA~~

~~—Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.~~

~~1— Nacional: em todo o território nacional~~

~~2— Estadual: em todos os municípios do Estado~~

~~3— Grupo de Estados: em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional~~

~~4— Municipal: em um município~~

~~5— Grupo de Municípios: em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles.~~

~~5. ÁREA DE ATUAÇÃO~~

~~A Operadora deverá discriminar os municípios ou Estados de cobertura e comercialização do Plano, de acordo com a ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA adotada acima, à exceção da nacional, limitados às áreas e observações previstas na Tabela C da RDC nº 77, de 7 de maio de 2004.~~

~~Os contratos com os consumidores deverão discriminar os Estados e municípios quando a cobertura não abranger todos indicados para atuação no registro.~~

~~6. ENTIDADES HOSPITALARES~~

~~—A Operadora deverá informar o CNES, CNPJ, RAZÃO SOCIAL, MUNICÍPIO E UF, das entidades hospitalares que fazem parte de plano com segmentação assistencial hospitalar, obstétrica e referência, ou atendimento de urgência/emergência no ambulatorial. Os planos operados exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores estão desobrigados dessa informação.~~

~~7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO~~

~~—A Operadora deverá indicar o tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano, conforme se segue:~~

~~1— Individual (não compatível com plano referência)~~

~~2— Coletiva (enfermaria)~~

~~8. RELAÇÃO COM ENTIDADE HOSPITALAR E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS— Definir o vínculo da rede com a Operadora e a abrangência dos serviços disponíveis, conforme abaixo:~~

~~1— Própria: propriedade da operadora~~

~~2— Contratualizada: instrumento formalizando a relação com a operadora~~

~~2.1— Direta: instrumento jurídico assinado entre as partes 2.2— Indireta: intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional. Nestes casos informar o nº de registro na ANS da operadora que contrata diretamente a entidade hospitalar.~~

~~—Disponibilidade dos serviços~~

~~1. Parcial~~

~~2. Total~~

9. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

~~A Operadora deverá informar em quais coberturas o consumidor poderá utilizar o sistema de reembolso para acesso a prestadores de serviço não participantes da rede assistencial.~~

~~1— Consultas Médicas~~

~~2— Exames Complementares~~

~~3— Internações~~

~~4— Terapias~~

~~5— Atendimento Ambulatorial~~

~~6— Consultas Odontológicas~~

~~7— Exames Odontológicos Complementares~~

~~8— Prevenção Odontológica~~

~~9— Periodontia~~

~~10— Dentística~~

~~11— Endodontia~~

~~12— Cirurgia Odontológica Ambulatorial~~

~~13— Procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico ou Médico hospitalar~~

10. FATOR MODERADOR

~~Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998:~~

~~1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.~~

~~2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.~~

11. FORMAÇÃO DO PREÇO

~~São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:~~

~~1— pré estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas;~~

~~2— pós estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico hospitalar. O pós estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:~~

~~I— rateio— quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;~~

~~II— custo operacional— quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.~~

~~4) misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03~~

~~12. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS~~

~~Definir se o plano coletivo destina-se a massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou a sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.~~

- ~~1) com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica contratante;~~
- ~~2) com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa;~~
- ~~3) sem vínculo empregatício: destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.~~

~~13. PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE~~

~~São as formas de se caracterizar, quanto à participação financeira ou intermediação de recursos dos participantes, o papel da pessoa jurídica contratante de um plano coletivo perante a operadora que garante a cobertura de serviços assistenciais.~~

- ~~1) coletivo com patrocínio — quando a pessoa jurídica participa financeiramente do custo da assistência, parcial ou integralmente, ou responsabiliza-se pelo recolhimento dos recursos e repasse à operadora;~~
- ~~2) coletivo sem patrocínio — quando não há participação financeira da pessoa jurídica no custeio da assistência ou sua intermediação no pagamento.~~

~~14. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS~~

~~Serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol Médico ou Odontológico, conforme abaixo:~~

- ~~—Assistência / internação domiciliar — Assistência farmacêutica;~~
- ~~—Transporte aeromédico;~~
- ~~—Emergência domiciliar e/ou fora da abrangência geográfica contratada;~~
- ~~—Transplantes não obrigatórios;~~
- ~~—Procedimentos estéticos;~~
- ~~—Assistência internacional;~~
- ~~—Saúde Ocupacional;~~
- ~~—Ortodontia~~
- ~~—Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;~~
- ~~—Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência;~~
- ~~—Isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;~~
- ~~—Outros (especificar):~~

~~Observações:~~

~~1. Cada opção indicada para ÁREA DE COBERTURA, TIPO DE ACOMODAÇÃO, ACESSO A LIVRE ESCOLHA e FATOR MODERADOR deverá estar contemplada em anexo específico da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto;~~

~~2. Quando houver comercialização de COBERTURAS e SERVIÇOS ADICIONAIS, além da obrigatoria explicitação nos instrumentos contratuais dos planos ou em aditivos, os cálculos para esses opcionais deverão constar em anexos específicos da NTRP. Na hipótese dessa contratação ocorrer em separado do plano dispensar-se á a informação.~~

[\[Volta\]](#)

~~RN Nº 85 – ANEXO II~~

~~DO REGISTRO DE PRODUTO~~

~~(Redação dada pelo [Anexo II](#) da [RN nº 100](#), alterada pelas RNs nº 144 e nº 160, pela [RN nº 297](#))~~

~~A comercialização dos produtos estabelecidos no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656/98 deverá seguir os procedimentos definidos em Instrução Normativa específica, com as informações quanto à sua caracterização abaixo listadas, juntamente com cópia do registro de operadora emitido pela DIOPE.~~

~~Características de composição do produto, que deverão ser informadas para a obtenção do registro:~~

~~1. NOME DO PLANO~~

~~2. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL~~

~~—A Operadora deverá optar por uma das segmentações, de acordo com os seguintes códigos:~~

~~1. Ambulatorial~~

~~2. Hospitalar com Obstetrícia~~

~~3. Hospitalar sem Obstetrícia~~

~~4. Odontológico~~

~~5. Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)~~

~~6. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia~~

~~7. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia~~

~~8. Ambulatorial + Odontológico~~

~~9. Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico~~

~~10. Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico~~

~~11. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico~~

~~12. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico~~

~~3. TIPO DE CONTRATAÇÃO~~

~~—Determina-se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A operadora deverá optar por apenas um tipo de contratação, por registro, entre as seguintes conceituações na Resolução CONSU nº 44/98:~~

~~1. Individual / Familiar~~

~~2. Coletivo Empresarial~~

~~3. Coletivo por Adesão~~

4. ~~ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA~~

~~—Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.~~

~~1— Nacional: em todo o território nacional~~

~~2— Estadual: em todos os municípios do Estado~~

~~3— Grupo de Estados: em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional~~

~~4— Municipal: em um município~~

~~5— Grupo de Municípios: em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles.~~

5. ~~ÁREA DE ATUAÇÃO~~

~~A Operadora deverá indicar os municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, de acordo com a ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA adotada acima, à exceção da nacional, limitados às áreas e observações previstas na Tabela C da RDC nº 77, de 7 de maio de 2001.~~

~~Os contratos com os consumidores deverão discriminar os Estados e municípios quando a cobertura não abranger todos indicados para atuação no registro.~~

~~A Operadora deverá indicar os Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, de acordo com a ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA adotada acima, à exceção da Nacional, classificando-se em regiões conforme Instrução Normativa da DIPRO. [\(Redação dada pelo artigo 33 da RN nº 160, de 04/07/2007\).](#) ~~¶1~~~~

6. ~~ENTIDADES HOSPITALARES~~

~~Além das entidades hospitalares integrantes da rede da operadora requerida no § 1º do art. 13 desta RN, a Operadora deverá informar para plano com segmentação hospitalar, obstétrica e referência, ou atendimento de urgência/emergência no plano ambulatorial, o CNES, CNPJ, RAZÃO SOCIAL, MUNICÍPIO E UF, as entidades hospitalares próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas que não fazem parte da rede da operadora. Os planos operados exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores estão desobrigados dessa informação.~~

7. ~~PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO~~

~~—A Operadora deverá indicar o tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano, conforme se segue:~~

~~1— Individual (não compatível com plano referência)~~

~~2— Coletiva (enfermaria)~~

8. ~~RELAÇÃO COM ENTIDADE HOSPITALAR E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS~~

~~—Definir o vínculo da rede com a Operadora e a abrangência dos serviços disponíveis, conforme abaixo:~~

~~1— Própria: propriedade da operadora~~

~~2— Contratualizada: instrumento formalizando a relação com a operadora~~

~~2.1— Direta: instrumento jurídico assinado entre as partes~~

~~2.2— Indireta: intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional. Nestes casos informar o nº de registro na ANS da operadora que contrata diretamente a entidade hospitalar.~~

~~–Disponibilidade dos serviços~~

~~1. Parcial~~

~~2. Total~~

~~9. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES~~

~~A Operadora deverá informar em quais coberturas o consumidor poderá utilizar o sistema de reembolso para acesso a prestadores de serviço não participantes da rede assistencial.~~

~~1. Consultas Médicas~~

~~2. Exames Complementares~~

~~3. Internações~~

~~4. Terapias~~

~~5. Atendimento Ambulatorial~~

~~6. Consultas Odontológicas~~

~~7. Exames Odontológicos Complementares~~

~~8. Prevenção Odontológica~~

~~9. Periodontia~~

~~10. Dentística~~

~~11. Endodontia~~

~~12. Cirurgia Odontológica Ambulatorial 13. Procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico ou Médico hospitalar~~

~~10. FATOR MODERADOR~~

~~Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998:~~

~~1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.~~

~~2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.~~

~~11. FORMAÇÃO DO PREÇO~~

~~São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:~~

~~1. pré estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas;~~

~~2. pós estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico hospitalar. O pós estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:~~

~~1. rateio: quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;~~

~~II - custo operacional - quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.~~

~~3 - misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03~~

41. FORMAÇÃO DO PREÇO ~~(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007)~~

~~São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada: [\(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007\)](#).~~

~~1 - pré estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas; [\(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007\)](#).~~

~~2 - pós estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico-hospitalar. O pós estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções: [\(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007\)](#).~~

~~I - rateio - quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura; [\(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007\)](#).~~

~~I - rateio - quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura; [\(Redação dada pela RN nº 297, de 24/05/2012\)](#).~~

~~II - custo operacional - quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais. [\(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007\)](#).~~

~~3 - misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03. [\(Redação dada pela RN nº 144, de 04/01/2007\)](#).~~

42. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

~~Definir se o plano coletivo destina-se a massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou a sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.~~

~~1) com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica contratante;~~

~~2) com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa;~~

~~3) sem vínculo empregatício: destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.~~

43. PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

~~São as formas de se caracterizar, quanto à participação financeira ou intermediação de recursos dos participantes, o papel da pessoa jurídica contratante de um plano coletivo perante a operadora que garante a cobertura de serviços assistenciais:~~

~~1) coletivo com patrocinador - a contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente paga, pela pessoa jurídica contratante, à operadora;~~

~~2) coletivo sem patrocinador - a contraprestação pecuniária é integralmente paga, pelo beneficiário, diretamente à operadora.~~

44. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

~~Serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol Médico ou Odontológico, conforme abaixo:~~

~~- Assistência / internação domiciliar~~

- ~~–Assistência farmacêutica;~~
- ~~–Transporte aeromédico;~~
- ~~–Emergência domiciliar~~
- ~~–Emergência fora da abrangência geográfica contratada;~~
- ~~–Transplantes não obrigatórios;~~
- ~~–Procedimentos estéticos;~~
- ~~–Assistência internacional;~~
- ~~–Saúde Ocupacional;~~
- ~~–Ortodontia~~
- ~~–Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;~~
- ~~–Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência; –Isenção por prazo determinado de pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;~~
- ~~–Outros (especificar).~~

Observações:

~~1. Cada opção indicada para **ÁREA DE COBERTURA, TIPO DE ACOMODAÇÃO, ACESSO A LIVRE ESCOLHA e FATOR MODERADOR** deverá estar contemplada em anexo específico da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto;~~

~~2. Quando houver comercialização de **COBERTURAS e SERVIÇOS ADICIONAIS**, além da obrigatória explicitação nos instrumentos contratuais dos planos ou em aditivos, os cálculos para esses opcionais deverão constar em anexos específicos da NTRP. Na hipótese dessa contratação ocorrer em separado do plano dispensar-se á a informação.~~

[\[Volta\]](#)

RN Nº 85 - ANEXO II

DADOS DO PRODUTO

(Redação dada pelo [Anexo](#) da [RN nº 356](#))

A comercialização dos produtos estabelecidos no inciso I do art. 1º da lei nº 9.656/98 deverá seguir os procedimentos definidos em Instrução Normativa específica, com as informações quanto à sua caracterização abaixo listadas, juntamente com cópia do registro de operadora emitido pela DIOPE.

1. NOME DO PRODUTO

1.1 O nome do produto informado no registro deve corresponder ao utilizado para comercialização, disponibilização, divulgação e publicidade do produto.

2. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

2.1 A Operadora deverá optar por uma das segmentações:

2.1.1 Ambulatorial

2.1.2 Hospitalar com Obstetrícia

2.1.3 Hospitalar sem Obstetrícia

2.1.4 Odontológico

2.1.5 Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)

2.1.6 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

2.1.7 Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia

2.1.8 Ambulatorial + Odontológico

2.1.9 Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico

2.1.10 Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico

2.1.11 Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico

2.1.12 Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

3.1 Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A operadora deverá optar por apenas um tipo de contratação, por registro, de acordo com a regulamentação vigente:

3.1.1 Individual ou Familiar

3.1.2 Coletivo Empresarial

3.1.3 Coletivo por Adesão

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

4.1 Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário:

4.1.1 Nacional: em todo o território nacional

4.1.2 Estadual: em todos os municípios do Estado

4.1.3 Grupo de Estados: em todos os municípios dos Estados que compõem o grupo, sendo que este deve conter pelo menos dois Estados, não atingindo a cobertura nacional.

4.1.4 Municipal: em um município

4.1.5 Grupo de Municípios: em mais de um município, de um ou mais Estados, desde que não ultrapasse o limite de 50% dos municípios de cada Estado.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO DO PRODUTO

5.1 A Operadora deverá indicar os municípios ou estados de cobertura assistencial do Plano, de acordo com a ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA adotada acima, à exceção da nacional.

6. ENTIDADES HOSPITALARES

6.1 Além das entidades hospitalares integrantes da rede da operadora requerida no § 1º do art. 13 desta RN, a Operadora deverá informar para plano com segmentação hospitalar, obstétrica e referência, ou atendimento de urgência/emergência no plano ambulatorial, o CNES, CNPJ, RAZÃO SOCIAL, MUNICÍPIO E UF, as entidades hospitalares próprias, contratadas, credenciadas ou referenciadas que não fazem parte da rede da operadora. Os planos operados exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores estão desobrigados dessa informação.

7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

7.1 A Operadora deverá optar por apenas um tipo de acomodação hospitalar, por registro, conforme se segue:

7.1.1 Individual

7.1.2 Coletiva (enfermaria)

8. RELAÇÃO COM ENTIDADE HOSPITALAR E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS

8.1. A operadora deverá definir o vínculo com a rede, conforme abaixo:

8.1.1 - Própria: propriedade da operadora

8.1.2 - Contratualizada: instrumento formalizando a relação com a operadora

8.1.2.1 - Direta: instrumento jurídico assinado entre as partes

8.1.2.2 - Indireta: intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional. Nestes casos informar o nº de registro na ANS da operadora que contrata diretamente a entidade hospitalar.

8.2 A operadora deverá definir a abrangência dos serviços disponíveis:

8.2.1. Parcial

8.2.2. Total

9. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 A Operadora deverá informar em quais coberturas o consumidor poderá utilizar o sistema de reembolso para acesso a prestadores de serviço.

9.1.1 Consultas Médicas

9.1.2 Exames Complementares

9.1.3 Internações

9.1.4 Terapias

9.1.5 Atendimento Ambulatorial

9.1.6 Consultas Odontológicas

9.1.7 Exames Odontológicos Complementares

9.1.8 Prevenção Odontológica

9.1.9 Periodontia

9.1.10 Dentística

9.1.11 Endodontia

9.1.12 Cirurgia Odontológica Ambulatorial

9.1.13 Procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico ou Médico-hospitalar

10. FATOR MODERADOR

10.1 Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação de acordo com a

regulamentação vigente:

10.1.1 Co-Participação

10.1.2 Franquia

11. FORMAÇÃO DO PREÇO

11.1 São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:

11.1.1 **pré–estabelecido**: o valor da contraprestação pecuniária é calculado antes da utilização das coberturas contratadas;

11.1.2 **pós–estabelecido**: o valor da contraprestação pecuniária é calculado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico hospitalar. O pós–estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

11.1.2.1 **rateio**: a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total ou parcial das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

11.1.2.2 **custo operacional**: a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais, sendo vedado o repasse integral ao beneficiário.

11.1.3 **misto**: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03.

12. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

12.1 Definir a condição de vínculo do beneficiário em planos coletivos de acordo com o tipo de contratação, se coletiva empresarial ou coletiva por adesão, conforme definição em normativo específico.

12.1.1 **vínculo empregatício ativo**: destinado à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

12.1.2 **vínculo empregatício inativo**: destinado à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica contratante, por relação empregatícia ou estatutária que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa.

12.1.3 **sem vínculo empregatício**: destinado à população vinculada à pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.

13. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

13.1 Serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, conforme abaixo:

13.1.1 Assistência / internação domiciliar;

13.1.2 Assistência farmacêutica;

13.1.3 Transporte aeromédico;

13.1.4 Emergência domiciliar;

13.1.5 Emergência fora da abrangência geográfica contratada;

13.1.6 Transplantes não obrigatórios;

13.1.7 Procedimentos estéticos;

13.1.8 Assistência internacional;

13.1.9 Saúde Ocupacional;

13.1.10 Ortodontia;

13.1.11 Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;

13.1.12 Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência;

13.1.13 Isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;

13.1.14 Outros (especificar).

Observações:

1. Cada opção indicada para ÁREA DE ATUAÇÃO, TIPO DE ACOMODAÇÃO, ACESSO A LIVRE ESCOLHA e FATOR MODERADOR deverá estar contemplada em anexo específico da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto;

2. Quando houver comercialização de COBERTURAS e SERVIÇOS ADICIONAIS, além da obrigatória explicitação nos instrumentos contratuais dos planos ou em aditivos, os cálculos para esses opcionais deverão constar em anexos específicos da NTRP. Na hipótese dessa contratação ocorrer em separado do plano dispensar-se-á a informação.

[\[Volta\]](#)

[1] A RN nº 209, de 22/12/2009, em seu artigo 26, revogou a RN nº 160, de 04/07/2007.