

## ANEXO I

### FORMULÁRIO DE GESTÃO DE CONTA DO PROTOCOLO ELETRÔNICO DE RESSARCIMENTO AO SUS – PERSUS

<b>DADOS DA OPERADORA DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – OPS CADASTRADORA</b>
--

Nome ou Razão Social:
-----------------------

CNPJ:
-------

<b>DADOS DO(A) SOLICITANTE</b>
--------------------------------

Nome:
-------

CPF:
------

Perfil:
---------

<b>DADOS DO(A) USUÁRIO(A)</b>
-------------------------------

Nome:
-------

CPF:
------

Login* :
----------

Documento de identificação** :
--------------------------------

Data de Nascimento** :
------------------------

Sexo** :
----------

Telefone** :
--------------

Fax** :
---------

Endereço** :
--------------

E-mail** :
------------

Perfil(is) de acesso** : _____, conforme permissões e poderes discriminados na Instrução Normativa nº 54, de 27 de novembro de 2014, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
--

Domínio (CNPJ)*** :
---------------------

<b>SOLICITAÇÃO</b>
--------------------

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Credenciamento do(a) usuário(a) acima qualificado(a) com o(s) perfis de acesso e de uso do PERSUS indicados.       |
| <input type="checkbox"/> Alteração da conta do(a) usuário(a) do PERSUS acima qualificado(a), conforme os dados informados neste formulário. |
| <input type="checkbox"/> Bloqueio do acesso ao PERSUS do(a) usuário(a) acima identificado(a).   |
| <input type="checkbox"/> Desbloqueio do acesso ao PERSUS do(a) usuário(a) acima identificado(a).  |
| <input type="checkbox"/> Descredenciamento do(a) usuário(a) do PERSUS acima identificado(a).  |

(Data e assinatura conforme assinatura digital 1)  
Solicitante

(Data e assinatura conforme assinatura digital 2)\*\*\*\*  
Usuário(a)

<b>Observações:</b>
---------------------

* Preencher apenas em se tratando de alteração de conta, bloqueio, desbloqueio ou descredenciamento de usuário.
---

** Preencher apenas em se tratando de credenciamento ou alteração de conta.
---

*** Esfera de ação de conta do PERSUS referente à operadora, ativa ou não, ainda que incorporada ou de qualquer outra forma sucedida por outra operadora, à qual o beneficiário estava vinculado na data do atendimento identificado, que delimita os atos que podem ser produzidos e as informações e os documentos que podem ser acessados pela conta do usuário.
---

**** Assinar apenas em se tratando de credenciamento ou alteração de conta.
---

## ANEXO II

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E RESPONSABILIDADE PELO ACESSO E USO DO PROTOCOLO ELETRÔNICO DE RESSARCIMENTO AO SUS – PERSUS, DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Eu, \_\_\_\_\_, credenciado(a) pela Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde - OPS \_\_\_\_\_ como usuário(a) do PERSUS, comprometo-me a:

- I - acessar e utilizar o PERSUS nos estritos limites das permissões e poderes do(s) perfil(s) de acesso e uso a mim concedido(s), e em conformidade com os instrumentos normativos da ANS que regulamentam o processo de ressarcimento ao SUS e o PERSUS;
- II - garantir a disponibilidade de minha conta de e-mail cadastrada no Formulário de Credenciamento de Usuários do PERSUS para o recebimento de mensagens do PERSUS, bem como configurar qualquer tipo de filtro anti-spam para que não bloqueie mensagens provenientes do domínio “ans.gov.br” ou que tampouco exija confirmação manual;
- III - utilizar os dados e informações do PERSUS exclusivamente no âmbito dos processos de ressarcimento ao SUS e no controle, avaliação e qualificação de serviços de assistência à saúde;
- IV - não utilizar e não permitir a utilização os dados e informações do PERSUS que crie obrigações ou restrinja direitos de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, ou que de qualquer forma os discrimine, impeça ou dificulte seu acesso a serviços de assistência à saúde, ou sua adesão a planos privados de assistência à saúde;
- V - não revelar informações identificadas do atendimento pelo SUS, salvo se estritamente necessário à defesa da OPS em processo administrativo de ressarcimento ao SUS, ou para utilização em controle, avaliação e qualificação dos serviços de assistência à saúde, e desde que os destinatários se comprometam ao mesmo sigilo e às restrições de uso das informações;
- VI - manter a necessária cautela quando da exibição de dados em tela, impressora ou na gravação em meios eletrônicos, a fim de evitar que deles venham a tomar ciência pessoas não autorizadas;
- VII - comunicar por escrito à ANS e ao Representante Legal da OPS ou à pessoa por ele indicada quaisquer indícios ou possibilidades de irregularidades, de desvios ou falhas identificadas no PERSUS, sendo proibida a exploração de falhas ou vulnerabilidades porventura existentes;
- VIII - inserir apenas dados verdadeiros no PERSUS;
- IX - não me ausentar da estação de trabalho sem encerrar a sessão de uso do sistema, garantindo assim a impossibilidade de acesso indevido por terceiros;
- X - não revelar minha senha de acesso ao PERSUS a ninguém e tomar o máximo de cuidado para que ela permaneça somente de meu conhecimento;
- XI - alterar minha senha, sempre que obrigatório ou que tenha suposição de descoberta por terceiros, não usando combinações simples que possam ser facilmente descobertas;
- XII - não fornecer minha chave privada de assinatura digital, e tampouco revelar minha senha para terceiros;
- XIII - requerer imediatamente a revogação de meu certificado digital junto à Autoridade Certificadora habilitada que o emitiu, caso sua segurança tenha sido de alguma forma comprometida;

- XIV - respeitar as normas de segurança e restrições de protocolo impostas pelos sistemas de segurança implantados na ANS;
- XV - observar e cumprir as Boas Práticas de Segurança da Informação, e suas diretrizes, bem como este Termo de Responsabilidade;
- XVI - responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões de minha parte que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de minha senha, de uso de minha chave privada ou das transações a que tenha acesso;
- XVII - manter atualizados os dados cadastrais e os perfis de acesso dos usuários da OPS credenciados no PERSUS \*;
- XVIII - bloquear as contas de usuários temporariamente afastados dos processos de ressarcimento ao SUS\*;
- XIX - descredenciar imediatamente do PERSUS os usuários desvinculados da OPS ou das tarefas relacionadas aos processos administrativos de ressarcimento ao SUS\*;
- XX - responder, em todas as instâncias, pelas consequências das ações ou omissões da parte dos usuários por mim credenciados que possam pôr em risco ou comprometer a exclusividade de conhecimento de suas senhas, de uso de chave privada ou das transações a que tenham acesso\*.

Declaro, ainda, estar ciente de que:

- I - A violação dos compromissos assumidos por meio deste Termo poderá ensejar o bloqueio ou a exclusão de minha conta de usuário do PERSUS, sem prejuízo da minha responsabilização administrativa, civil e penal, bem como da responsabilização da OPS;
- II - A divulgação de dados obtidos por meio do PERSUS aos quais tenho acesso para outras pessoas não envolvidas nos trabalhos executados e fora dos limites estabelecidos neste Termo e nas normas em vigor pode constituir infração de informação sobre condições de saúde dos consumidores ou de proteção de informação do consumidor, previstas na Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, e pode constituir crime, como o de revelação de segredo profissional, sem prejuízo da responsabilidade civil pelos danos decorrentes;
- III - A inserção de dados falsos no PERSUS pode constituir crime, como de falsidade ideológica ou de estelionato, sem prejuízo da responsabilidade civil pelos danos decorrentes.

(Data e assinatura conforme assinatura digital 2)  
Usuário(a)

Observação:

\* Compromissos exclusivos de usuários com o perfil “gestão de contas”.

ANEXO III  
FORMULÁRIO DE IMPUGNAÇÃO/RECURSO

**Tipo de petição\*:** ( ) Impugnação ( ) Recurso

**Operadora**

**Nome\*:**

**CNPJ\*:**

**Reg. ANS\*:**

**Referências**

**Processo administrativo\*:**

**ABI\*:**

**Instrumento de autorização/registro do atendimento identificado**

**Tipo\*<sup>1</sup>:**

**Número\*:**

**Competência\*:**

**Período\*:**

**Beneficiário identificado**

**CCO\*:**

**Número de Registro do Produto\*:**

**Tempestividade e outras preliminares<sup>2</sup>**

**Razões da(o) impugnação/recurso<sup>3</sup>**

**Motivo de impugnação/recurso\*<sup>4</sup>:**

**Detalhamento do motivo\*:**

**Memória de cálculo<sup>5</sup>:**

**Documento(s) comprobatório(s)<sup>6</sup>:**

**Pedido(s)\***

- ( ) Anulação da identificação do atendimento.  
( ) Retificação do valor a ser ressarcido para R\$ \_\_\_\_\_.  
( ) Anulação da identificação do atendimento ou, subsidiariamente, retificação do valor a ser ressarcido para R\$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(assinatura digital)

**Orientações de preenchimento:**

\* Campos obrigatórios

1 – Informar o tipo de instrumento de autorização ou registro, como AIH ou APAC.

2 – Preencher caso seja necessária a devolução de prazo de impugnação ou recurso.

3 – Em havendo mais de um motivo de impugnação/recurso, os campos deste quadro devem ser repetidos para cada motivo.

4 – Preencher com um dos motivos listados no Anexo IV.

5 – Preencher no caso de pedido de retificação do valor a ser ressarcido.

6 – Indicar a página, a cláusula, o item ou qualquer outra referência que permita localizar a parte do documento que demonstra a alegação.

**MOTIVOS DE IMPUGNAÇÃO OU DE RECURSO**

Código	Motivo	Descrição
34	Acidente de trabalho, suas consequências ou moléstia profissional	Atendimento identificado realizado em decorrência de acidente de trabalho, suas consequências ou moléstia profissional sem cobertura pelo produto ao qual está vinculado o beneficiário.
4	Atendimento fora da abrangência geográfica do produto	O estabelecimento onde foi realizado o atendimento identificado se localiza fora da abrangência geográfica delimitada pelo contrato ou regulamento do produto.
7	Atendimento já pago	A OPS já realizou pagamento por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente
1	Beneficiário em carência	O atendimento identificado foi realizado durante o prazo contratual de carência do beneficiário para a utilização dos serviços prestados.
37	Beneficiário excluído	O paciente deixou de ser beneficiário do produto em data anterior à do atendimento identificado.
16	Cobertura Parcial Temporária para doença ou lesão preexistente	A cobertura do atendimento identificado é afastada por vigência de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente.
36	Doença ou lesão preexistente (plano antigo)	O atendimento identificado, por decorrer de doença ou lesão preexistente à adesão do beneficiário, não é coberto por contrato de plano de assistência à saúde firmado até 01 de janeiro de 1999, ainda não adaptado.
8	Franquia ou coparticipação	O contrato ou regulamento do produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado prevê fator moderador a ser pago pelo beneficiário, seja ele franquia ou coparticipação, aplicável ao atendimento identificado.
2	Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora	Caso de homonímia em que o paciente atendido pelo SUS não é a mesma pessoa que o beneficiário de produto da OPS.
3	Produto não cobre procedimento	O produto da OPS ao qual está vinculado o beneficiário identificado não cobre procedimento realizado no atendimento pelo SUS.
6	Quantidade do procedimento não coberta pelo produto	A quantidade do procedimento realizado no atendimento identificado ultrapassa a quantidade máxima coberta pelo produto.
22	Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário	O valor integral das despesas assistenciais é repassado de forma individualizada ao beneficiário que utilizou os serviços, nos termos do item 2 Súmula Normativa da ANS nº 9, de 10 de novembro de 2005.
13	Outros motivos de natureza administrativa	Demais hipótese de impugnação de natureza administrativa.
14	Outros motivos de natureza técnica	Demais hipótese de impugnação de natureza técnica.

Observação: A natureza do motivo, administrativa ou técnica, é determinada pela necessidade ou não de auditoria in loco prontuário do atendimento para sua comprovação. Dessa maneira, o mesmo motivo pode ter natureza administrativa em um caso e técnica em outro.

## ANEXO V

### DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE IMPUGNAÇÃO E RECURSO

#### A - ORIENTAÇÕES GERAIS

1.1. As orientações deste Anexo são exemplificativas, não esgotando as formas possíveis de comprovação das alegações.

1.2. Não serão consideradas no procedimento administrativo de ressarcimento ao SUS as provas obtidas por meios ilícitos, tampouco os documentos que apresentem emendas, rasuras, entrelinhas, ou informações ininteligíveis, incorretas, incompletas, sem data, sem assinatura, ou ilegíveis que venham a comprometer a clareza e a segurança de sua apreciação.

1.3. Não serão considerados como prova documentos unilaterais, tais como mera impressão de tela de consulta ao sistema, de lista de movimentação de beneficiários e outros documentos afins.

1.4. Qualquer declaração do beneficiário identificado prevista neste Anexo pode ser substituída por declaração de seu cônjuge, de ascendente, de descendente ou de qualquer pessoa por ele responsável, acompanhada de cópia de documento de identidade do declarante e de documento que comprove o vínculo do declarante com o beneficiário, como identidade, certidão de nascimento ou certidão de casamento.

1.5. Nos casos em que o motivo alegado demandar a apresentação de contrato, o instrumento contratual deverá conter:

- a) a identificação do contratante e da contratada;
- b) a data de assinatura;
- c) o número de registro do produto ou, no caso de contrato de plano de assistência à saúde firmado até 01 de janeiro de 1999 e ainda não adaptado, o número do cadastro do produto na ANS ou nome comercial do produto.

1.5.1. Nos casos em que o produto contratado for individual ou familiar e não constar no instrumento contratual a identificação e a assinatura do titular, nos casos em que o beneficiário identificado for dependente ou nos casos em que o produto contratado for coletivo, também deverá ser comprovado o vínculo entre o contrato e o beneficiário identificado, de forma que reste claro qual produto o beneficiário contratou com a operadora de plano de saúde – OPS. Esse vínculo deverá ser demonstrado por meio da apresentação de documento contendo o nome completo do beneficiário identificado, a data de adesão ao produto, o número do registro ou do cadastro do produto na ANS ou nome comercial do produto, tal como:

- a) proposta ou termo de adesão do beneficiário ao produto;
- b) declaração do beneficiário identificado, acompanhada de cópia de seu documento de identidade do declarante; ou
- c) declaração da pessoa jurídica contratante ou apresentação do pedido de inserção do beneficiário, com a identificação da pessoa jurídica contratante, incluindo seu CNPJ e telefone, nome, CPF, RG, matrícula e cargo do declarante.

1.6. O laudo de auditoria assistencial deve ser produzido conforme modelo do Anexo VIII desta Instrução Normativa, contendo argumentação técnica devidamente fundamentada em auditoria *in loco* ao prontuário do beneficiário identificado, assinada por auditor assistencial, devidamente registrado no respectivo Conselho Profissional e cadastrado perante a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS.

## **B - DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS EXIGIDOS DE FORMA ESPECÍFICA PARA CADA MOTIVO DE IMPUGNAÇÃO OU RECURSO**

### **2.1. Código 34 - Acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional:**

2.1.1. A OPS deve comprovar:

- a) que o produto não cobre atendimento decorrente de acidente de trabalho, de suas consequências, ou de moléstia profissional;
- b) a ocorrência do acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional; e
- c) o nexo de causalidade entre o acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional e o atendimento identificado.

2.1.2. A não cobertura de atendimento decorrente de acidente de trabalho, suas consequências, ou moléstia profissional pode ser comprovada por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário identificado ao contrato, conforme item 1.5 e subitem.

2.1.3. A ocorrência de acidente de trabalho, de suas consequências, ou de moléstia profissional pode ser comprovada por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho.

2.1.4. O nexo de causalidade entre o acidente de trabalho, suas consequências, ou de moléstia profissional e o atendimento identificado pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

2.1.5. Não há necessidade de comprovar os fatos previstos nas alíneas “b” e “c” do item 2.1.1 nos casos em que for lançado no documento de registro ou autorização de atendimento pelo SUS, como AIH e APAC, caráter de atendimento que registre a ocorrência de acidente de trabalho.

### **2.2. Código 4 - Atendimento fora da abrangência geográfica do produto:**

2.2.1. A OPS deve comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem:

- a) que o produto não tem abrangência geográfica nacional; e
- b) que os Estados ou Municípios cobertos pelo contrato não incluem o local do estabelecimento que prestou o atendimento identificado.

2.2.2. Em se tratando de atendimento de urgência/emergência, os documentos mencionados no item 2.2.1 também devem demonstrar:

- a) que o contrato não prevê reembolso ou atendimento em rede de outra OPS para beneficiário em trânsito, fora da abrangência geográfica; ou
- b) caso esteja previsto reembolso ou atendimento em rede de outra OPS, que a cobertura adicional não contempla o local do atendimento.

2.2.3. Nos casos em que for necessário demonstrar que o atendimento não foi de urgência/emergência para afastar reembolso ou cobertura em rede de outra OPS por atendimento fora da abrangência geográfica, será necessário apresentar laudo de auditoria assistencial que conteste o caráter do atendimento.

### **2.3. Código 7 - Atendimento já pago pela operadora:**

2.3.1. A OPS deve comprovar que já pagou por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente, por meio da apresentação de:

- a) nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde, que discrimine os valores de cada procedimento pago;
- b) fatura de serviços de assistência à saúde, acompanhada de recibo de pagamento de serviços de assistência à saúde, que discrimine os valores de cada procedimento pago ou documento equivalente.

## **2.4. Código 1 - Beneficiário em carência:**

2.4.1. Em qualquer caso, deve-se comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem:

- a) a possibilidade de exigência do cumprimento dos prazos de carência;
- b) a data de adesão do beneficiário identificado ao contrato;
- c) o prazo contratual aplicável.

2.4.2. Em se tratando de contrato firmado até 01 de janeiro de 1999, ou já adaptado às coberturas da Lei nº 9.656, de 1998, na data do atendimento identificado, referente a plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, também será necessário comprovar:

- a) a quantidade de beneficiários vinculados ao contrato no momento da adesão do beneficiário identificado por meio de cópia de nota fiscal ou fatura mensal paga, emitida em nome da pessoa jurídica contratante, com o detalhamento da quantidade de participantes do contrato, referente ao mês de adesão do beneficiário identificado, ou documento equivalente, como, por exemplo, declaração da pessoa jurídica contratante;
- b) o ajuste ou não do contrato à RN nº 195, de 14/07/2009, por meio de declaração da pessoa jurídica contratante, aditivo contratual ou outro documento similar que ateste a não adequação ou a data em que foi adequado.

2.4.3. Em se tratando de plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão ajustado à RN nº 195, de 14/07/2009, também será necessário comprovar data de vinculação do beneficiário à pessoa jurídica contratante, o que pode ser feito por meio de:

- a) declaração do contratante;
- b) declaração do beneficiário identificado ou do titular;
- c) contrato de trabalho;
- d) carteira de trabalho e previdência social; ou
- e) termo de posse de cargo público.

2.4.4. Nos casos em que for necessário demonstrar que o atendimento não foi de urgência/emergência para afastar a incidência do prazo de 24 horas de carência, será necessário apresentar laudo de auditoria assistencial que conteste o caráter do atendimento.

## **2.5. Código 37 - Beneficiário excluído:**

2.5.1. Em qualquer caso, a operadora pode comprovar a exclusão do beneficiário do produto contratado por meio da apresentação de:

- a) declaração do beneficiário, no qual seja informada a data da exclusão;
- b) declaração da pessoa jurídica contratante, no qual seja informada a data da exclusão.

2.5.2. A exclusão a pedido do próprio beneficiário, de seu responsável, do beneficiário titular ou de pessoa jurídica contratante também pode ser comprovada por meio da apresentação de:

- a) termo de rescisão do contrato do plano de assistência à saúde;
- b) solicitação do beneficiário, de seu responsável, do beneficiário titular ou de pessoa jurídica contratante.

2.5.3. A exclusão por término da relação de dependência entre beneficiário identificado e o titular também pode ser comprovada por meio de:

- a) contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem;
- b) qualquer outro documento adicional necessário para a demonstração do término da relação de dependência.

2.5.4. A exclusão por extinção do vínculo empregatício ou por término do período de manutenção da condição de beneficiário de que tratam os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, também pode ser comprovada por meio de:

- a) contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem;
- b) documento que comprove a extinção do vínculo empregatício, como declaração do ex-empregador, declaração do beneficiário identificado; anotação em Carteira de Trabalho e Previdência Social, termo de rescisão de contrato de trabalho, pedido de demissão de emprego; publicação em diário oficial de exoneração ou demissão de cargo público, declaração de órgão ou entidade pública de exoneração ou demissão de cargo público; e
- c) termo de opção do beneficiário por se manter ou não em plano de assistência à saúde após extinção do vínculo empregatício, nos casos em que essa hipótese for admissível.

2.5.5. A exclusão do beneficiário dependente identificado por óbito do beneficiário titular também pode ser demonstrada por meio de:

- a) contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem;
- b) documento que comprove o óbito do beneficiário titular, como atestado de óbito ou declaração de cônjuge, filho ou responsável; e
- c) termo de opção pela não permanência no plano após morte do titular, caso o contrato preveja a possibilidade de permanência.

2.5.6. A exclusão por óbito do beneficiário identificado também pode ser comprovada por meio de qualquer documento que comprove o óbito do beneficiário, como atestado de óbito ou declaração de cônjuge, filho ou responsável.

2.5.7. A exclusão por inadimplência também pode ser comprovada por meio de documentos que demonstrem o atendimento ao previsto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei nº 9.656, de 1998m, quais sejam:

- a) Carta ao beneficiário notificando-o da inadimplência e informando-o da possibilidade de rescisão unilateral do contrato do plano de assistência à saúde em caso de não quitação dos débitos, acompanhada do respectivo aviso de recebimento; e
- b) Carta ao beneficiário informando-o da rescisão unilateral ou suspensão do contrato do plano de assistência à saúde, acompanhada do respectivo aviso de recebimento.

2.5.8. A exclusão por fraude também pode ser comprovada por meio de:

- a) Correspondência da ANS de notificação ao beneficiário da decisão do processo administrativo de fraude em declaração de saúde, acompanhada de respectivo aviso de recebimento da correspondência, ou Publicação no Diário Oficial da União de decisão de processo administrativo de fraude em declaração de saúde; e
- b) Carta ao beneficiário informando-o da rescisão unilateral ou suspensão do contrato do plano de assistência à saúde, acompanhada do respectivo aviso de recebimento.

2.5.9. A exclusão por transferência de carteira também pode ser comprovada por meio de:

- a) Publicação no Diário Oficial da União de Comunicado de Autorização de Proposta em face de oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários da operadora de planos de assistência à saúde; ou
- b) Instrumento de cessão de carteira registrado em cartório e publicação da comunicação de transferência da carteira em jornal de grande circulação e comprovação de envio e do recebimento de comunicação individual ao beneficiário de carteira transferida.

## **2.6. Código 16 - Cobertura Parcial Temporária de doença ou lesão preexistente:**

2.6.1. A OPS deve comprovar:

- a) a possibilidade de exigência do cumprimento do prazo de CPT;
- b) a ciência do beneficiário quanto à DLP no momento da adesão ao produto; e
- c) o nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP.

2.6.2. A possibilidade de exigência do cumprimento do prazo de CPT pode ser comprovada por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem.

2.6.3. Em se tratando de contrato firmado até 01 de janeiro de 1999, ou já adaptado às coberturas da Lei nº 9.656, de 1998, na data do atendimento identificado, referente a plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, também será necessário comprovar:

- a) a quantidade de beneficiários vinculados ao contrato no momento da adesão do beneficiário identificado por meio de cópia de nota fiscal ou fatura mensal paga, emitida em nome da pessoa jurídica contratante, com o detalhamento da quantidade de participantes do contrato, referente ao mês de adesão do beneficiário identificado, ou documento equivalente, como, por exemplo, declaração da pessoa jurídica contratante;
- b) o ajuste ou não do contrato à RN nº 195, de 14/07/2009, por meio de declaração da pessoa jurídica contratante, aditivo contratual ou outro documento similar que ateste a não adequação ou a data em que foi adequado.

2.6.4. Em se tratando de plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão ajustado à RN nº 195, de 14/07/2009, também será necessário comprovar data de vinculação do beneficiário à pessoa jurídica contratante, o que pode ser feito por meio de:

- a) declaração do contratante;
- b) declaração do beneficiário identificado ou do titular;
- c) contrato de trabalho;
- d) carteira de trabalho e previdência social; ou
- e) termo de posse de cargo público.

2.6.5. A ciência do beneficiário quanto à DLP no momento da adesão ao produto pode ser comprovada por meio de:

- a) declaração de saúde do beneficiário;
- b) laudo de perícia médica realizada à época da adesão; ou
- c) decisão em processo administrativo da ANS sobre doença ou lesão preexistente omitida em declaração de saúde do beneficiário.

2.6.6. O nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

## **2.7. Código 36 - Doença ou lesão preexistente (plano antigo):**

2.7.1. A OPS deve comprovar:

- a) a exclusão contratual de cobertura de atendimento decorrente de DLP;
- b) que o contrato de plano de assistência à saúde foi firmado até 01 de janeiro de 1999, e ainda não estava adaptado na data do atendimento identificado;
- c) a existência de DLP;
- d) o nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP.

2.7.2. A exclusão contratual da cobertura de atendimento decorrente de DLP pode ser comprovada por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem.

2.7.3. A existência de DLP pode ser demonstrada por meio de:

- a) declaração de saúde do beneficiário; ou
- b) laudo de auditoria assistencial.

2.7.4. O nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP pode ser comprovado por meio de laudo de auditoria assistencial.

## **2.8. Código 8 - Franquia ou coparticipação:**

2.8.1. A OPS deve comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário identificado ao contrato,

conforme item 1.5 e subitem, que incide fator moderador sobre os valores dos serviços prestados ao beneficiário identificado, na forma de franquia ou coparticipação.

2.8.2. Necessário, também, apresentar a memória de cálculo para demonstrar o valor que entende devido.

### **2.9. Código 2 - Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora (homônimo):**

2.9.1. A OPS por comprovar sua alegação por meio de:

- a) declaração do beneficiário identificado, conforme modelo constante do Anexo VI e cópia de documento de identidade; ou
- b) declaração da OPS, conforme Anexo VII.

### **2.10. Código 3 - Produto não cobre procedimento:**

2.10.1. A OPS deve comprovar que o procedimento não está coberto pelo produto por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, bem como laudo de auditoria assistencial, se necessário.

### **2.11. Código 6 - Quantidade de procedimento não coberta pelo produto:**

2.11.1. A OPS deve comprovar, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, que a quantidade do procedimento realizado no atendimento identificado ultrapassa a quantidade máxima coberta pelo produto.

2.11.2. Nos casos em que for necessário considerar quantidade já utilizada do procedimento, deve-se comprovar o atendimento anterior por meio de:

- a) nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde com detalhamento;
- b) fatura de serviços de assistência à saúde com detalhamento e recibo de pagamento de serviços de assistência à saúde; ou
- c) documento de registro ou autorização de atendimento pelo SUS, como AIH e APAC.

### **2.12. Código 22 - Repasse integral e individualizado da despesa assistencial ao beneficiário:**

2.12.1. A OPS deve comprovar o valor integral das despesas assistenciais é repassado de forma individualizada e integral ao beneficiário que utilizou os serviços, nos termos do item 2 da Súmula Normativa da ANS nº 9, de 10 de novembro de 2005, por meio da apresentação do contrato do plano privado de assistência à saúde e demais documentos de vinculação do beneficiário identificado ao contrato, conforme item 1.5 e subitem, os quais podem ser complementados por a declaração da pessoa jurídica contratante que confirme o repasse integral e individualizado ao beneficiário.

### **2.13. Código 13 - Outras alegações de natureza administrativa:**

2.13.1. A OPS deve apresentar todos os documentos necessários para comprovar sua alegação.

### **2.14. Código 14 - Outras alegações de natureza técnica:**

2.14.1. Em qualquer caso, a OPS deve apresentar laudo de auditoria assistencial.

2.14.2. A OPS também deve apresentar todos os documentos necessários para comprovar sua alegação.

## ANEXO VI

### MODELO DE DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DE QUE NÃO FOI ATENDIDO PELO SUS

Beneficiário identificado				
<b>Identificação</b>				
Nome*:				
RG*:	Data de Expedição*:	CPF*:		
Nome do pai*:				
Nome da mãe*:				
Data de nascimento*:	Naturalidade*:			
<b>Endereço de residência</b>				
Logradouro*:				
Número*:	Complemento:	Bairro*:		
Município*:		UF*:	CEP*:	
<b>Contatos</b>				
Telefone*:	Email:			
Declarante (preencher apenas quando não for o próprio beneficiário identificado)				
Parentesco*:				
<b>Identificação</b>				
Nome*:				
RG*:	Data de Expedição*:	CPF*:		
<b>Endereço de residência</b>				
Logradouro*:				
Número*:	Complemento:	Bairro*:		
Município*:		UF*:	CEP*:	
<b>Contatos</b>				
Telefone*:	Email:			
Declaração				
Declaro, para os devidos fins, que o beneficiário identificado acima qualificado não esteve internado(a) no período de ___/___/___ a ___/___/___, no estabelecimento de saúde _____.				
Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.				

[local], [data].

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do declarante)

Observação: É obrigatório o preenchimento de todos os campos marcados com asterisco (\*) e dos campos da declaração.

# 1 ANEXO VII

## MODELO DE DECLARAÇÃO DA OPS DE QUE O BENEFICIÁRIO NÃO FOI ATENDIDO PELO SUS

Beneficiário identificado				
<b>Identificação</b>				
Nome*:				
RG*:	Data de Expedição*:	CPF*:		
Nome do pai*:				
Nome da mãe*:				
Data de nascimento*:	Naturalidade*:			
<b>Endereço de residência</b>				
Logradouro*:				
Número*:	Complemento:	Bairro*:		
Município*:	UF*:	CEP*:		
<b>Contatos</b>				
Telefone*:	Email:			

Informante (preencher quando não for o próprio beneficiário identificado)				
Parentesco*:				
<b>Identificação</b>				
Nome*:				
RG*:	Data de Expedição*:	CPF*:		
<b>Endereço de residência</b>				
Logradouro*:				
Número*:	Complemento:	Bairro*:		
Município*:	UF*:	CEP*:		
<b>Contatos</b>				
Telefone*:	Email:			

Declarante (representante da operadora)				
Cargo*:				
<b>Identificação</b>				
Nome*:				
RG*:	Data de Expedição*:	CPF*:		

Declaração
Declaro, para os devidos fins, que o beneficiário identificado acima qualificado não esteve internado(a) no período de ___/___/___ a ___/___/___, no estabelecimento de saúde _____, conforme esclarecido pelo [próprio beneficiário identificado / pelo informante acima qualificado] em ligação telefônica para o número (___) _____.
Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.

[local], [data].

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do declarante)

Observação: É obrigatório o preenchimento de todos os campos marcados com asterisco (\*) e dos campos da declaração.

ANEXO VIII

MODELO DE LAUDO DE AUDITOR ASSISTENCIAL

Auditor	
Nome:	
CPF:	Registro no conselho profissional / UF:

Atendimento auditado	
Prontuário:	Período do atendimento:
Estabelecimento de saúde:	
Nome do paciente:	
Procedimento(s) realizado(s):	

Auditoria <i>in loco</i> ? ( ) sim ( ) não
--

Laudo da auditoria

Fundamentação técnica

Atesto, sob as penas da lei, que as informações declaradas são verdadeiras.

[local e data].

\_\_\_\_\_  
(assinatura do auditor)

Observação: todos os campos devem ser preenchidos.