

**EDITAIS DE CONVOCAÇÃO ANS DE 14.11.2017**

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em reunião do dia 10/10/2017, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VI, do artigo 6º., da Resolução Normativa - RN n.o 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no artigo 24, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, de acordo com o que consta do processo administrativo nº 33910.005493/2017-17, comunica que, tendo em vista o não atendimento dos termos da Resolução Operacional - RO Nº 2167, de 09 de Junho de 2017, pela operadora HOSPITAL DE CARIDADE DE VARGEM GRANDE DO SUL -CNPJ Nº 72.863.665/0001-30, no sentido de transferir a Carteira de Planos Privados de Assistência à Saúde, conforme prescrito na Resolução - RN nº 112, de 28 de setembro de 2005 alterada pela RN Nº 145, de 15 de janeiro de 2007, CONVOCA as operadoras interessadas em ofertar, em caráter excepcional, propostas de novos contratos nos moldes da RN 384/2015 aos beneficiários oriundos da referida Operadora, ora em Processo de Cancelamento de Registro de Operadora, visando a continuidade da assistência anteriormente contratada, mediante consulta das condições mínimas necessárias, conforme abaixo relacionadas:

1) Prazo de adesão - 30 dias, contados a partir da data de publicação do comunicado pela Operadora que obtiver o direito de ofertar novos contratos;

2) Necessária a apresentação de pelo menos um comprovante original de pagamento, cujo

vencimento tenha ocorrido há menos de 61 dias da data de publicação deste edital;

3) Garantia de ingresso apenas do titular e dependentes constantes do boleto de pagamento ou contrato firmado e apresentado no ato da adesão;

4) Preço de transição - o mesmo constante no comprovante do item 2;

5) Prazo mínimo de vigência para condição especial do preço de transição na contratação individual/familiar e coletivos - 60 dias;

6) Vencimento da 1a contraprestação no ato da adesão;

7) Plano - com a mesma segmentação assistencial contratada, ou cindida e quanto à abrangência geográfica, beneficiários de determinadas localidades; tipo de assistência prestada;

8) Sem estabelecimento de nova carência ou CPT já cumpridas, para coberturas anteriormente contratadas;

9) Após o prazo de vigência do preço de transição, o beneficiário que optar pela permanência no mesmo plano da operadora, passará a pagar o valor constante na tabela de preços apresentada na proposta, e;

10) Na hipótese do beneficiário optar por um plano diferente daquele escolhido na data de sua adesão na operadora, será vedado o estabelecimento de carência, CPT ou agravo, para coberturas já contratadas.

11) É vedada a cobrança de taxas de adesão ao novo contrato pela operadora que tiver a proposta autorizada, cobrança de pré-mensalidade ou de taxa de administração.

12) A operadora deverá observar os seguintes requisitos de habilitação para apresentar proposta para OPRC:

I - estar em situação regular quanto a regras contábeis e exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado e de contabilização das provisões técnicas e dos ativos garantidores em montante suficiente para lastrear todas as provisões técnicas;

II - estar em situação regular quanto ao envio das seguintes informações periódicas e documentos:

a) demonstrações contábeis e parecer de auditoria independente;

b) Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;

c) dados do Sistema de Informações de Produtos - SIP;

d) dados do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB;

e) dados no padrão de Troca de Informação de Saúde Suplementar - TISS;

f) comunicação de reajuste de planos coletivos pelo aplicativo Reajuste de Planos Coletivos - RPC; e

g) Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, inclusive quanto aos monitoramentos efetivados pela DIPRO.

III - não se encontrar na faixa mais gravosa do programa de acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde de que trata a IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, e suas alterações;

IV - estar em situação regular quanto a processo de concessão de autorização de funcionamento e não se encontrar em regime especial; e

V - não se encontrar em plano de recuperação assistencial nem em procedimentos de adequação econômico-financeira - PAEF, exceto se no PAEF o desenquadramento restante for exclusivamente decorrente de exigência de Margem de Solvência.

13 - No prazo máximo de 3 (três) meses, iniciar a oferta ao mercado, caso não tenha, de planos privados de assistência à saúde no regime ou tipo de contratação individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão, incluindo os previstos na RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, mantendo a oferta pelo período mínimo de 36 (trinta e seis) meses.

As propostas recebidas deverão ser acompanhadas de balancete analítico assinado pelo contador e representante legal da operadora, correspondentes ao período encerrado em 31.08.2017 e serão classificadas com base no número de meses de manutenção na mensalidade antiga, desde que a operadora ofertante apresente capacidade econômico-financeira, sendo facultada aos beneficiários a escolha dentre as operadoras autorizadas.

As operadoras interessadas terão prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para retirar as informações disponíveis sobre as condições operacionais e perfil da carteira de beneficiários ofertada e apresentar propostas nos moldes da RN 384/2015, mediante documento a ser

formalizado junto à ANS, nos seguintes endereços: Av. Bela Cintra, nº 986 - 9º andar - Edifício Rachid Saliba- Bairro Jardim Paulista - São Paulo - São Paulo - CEP: 01415-000 ou Avenida Augusto Severo, N.o 84, Térreo, Glória, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20021-040.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em reunião do dia 10/10/2017, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VI, do artigo 6º, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, na forma do disposto no artigo 24, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, de acordo com o que consta do processo administrativo nº 3910.010572/2017-40, comunica que, tendo em vista o não atendimento dos termos da Resolução Operacional - RO Nº 2190, de 31 de Julho de 2017, pela operadora WS - ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE LTDA -CNPJ Nº 01.382.881/0001-15, no sentido de transferir a Carteira de Planos Privados de Assistência à Saúde, conforme prescrito na Resolução - RN Nº 112, de 28 de setembro de 2005 alterada pela RN Nº 145, de 15 de janeiro de 2007, CONVOCA as operadoras interessadas em ofertar, em caráter excepcional, propostas de novos contratos nos moldes da RN 384/2015 aos beneficiários oriundos da referida Operadora, ora em Processo de Cancelamento de Registro de Operadora, visando a continuidade da assistência anteriormente contratada, mediante consulta das condições mínimas necessárias, conforme abaixo relacionadas:

1) Prazo de adesão - 30 dias, contados a partir da data de publicação do comunicado pela Operadora que obtiver o direito de ofertar novos contratos;

2) Necessária a apresentação de pelo menos um comprovante original de pagamento, cujo vencimento tenha ocorrido há menos de 61 dias da data de publicação deste edital;

3) Garantia de ingresso apenas do titular e dependentes constantes do boleto de pagamento ou contrato firmado e apresentado no ato da adesão;

4) Preço de transição - o mesmo constante no comprovante do item 2;

5) Prazo mínimo de vigência para condição especial do preço de transição na contratação individual/familiar e coletivos - 60 dias;

6) Vencimento da 1a contraprestação no ato da adesão;

7) Plano - com a mesma segmentação assistencial contratada, ou cindida e quanto à abrangência geográfica, beneficiários de determinadas localidades; tipo de assistência prestada;



8) Sem estabelecimento de nova carência ou CPT já cumpridas, para coberturas anteriormente contratadas;

9) Após o prazo de vigência do preço de transição, o beneficiário que optar pela permanência no mesmo plano da operadora, passará a pagar o valor constante na tabela de preços apresentada na proposta, e;

10) Na hipótese do beneficiário optar por um plano diferente daquele escolhido na data de sua adesão na operadora, será vedado o estabelecimento de carência, CPT ou agravo, para coberturas já contratadas.

11) É vedada a cobrança de taxas de adesão ao novo contrato pela operadora que tiver a proposta autorizada, cobrança de pré-mensalidade ou de taxa de administração.

12) A operadora deverá observar os seguintes requisitos de habilitação para apresentar proposta para OPRC:

I - estar em situação regular quanto a regras contábeis e exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado e de contabilização das provisões técnicas e dos ativos garantidores em montante suficiente para lastrear todas as provisões técnicas;

II - estar em situação regular quanto ao envio das seguintes informações periódicas e documentos:

a) demonstrações contábeis e parecer de auditoria independente;

b) Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - DIOPS;

c) dados do Sistema de Informações de Produtos - SIP;

d) dados do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB;

e) dados no padrão de Troca de Informação de Saúde Suplementar - TISS;

f) comunicação de reajuste de planos coletivos pelo aplicativo Reajuste de Planos Coletivos - RPC; e

g) Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, inclusive quanto aos monitoramentos efetivados pela DIPRO.

III - não se encontrar na faixa mais gravosa do programa de acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento dos beneficiários pelas operadoras de planos de assistência à saúde de que trata a IN nº 42, de 26 de fevereiro de 2013, e suas alterações;

IV - estar em situação regular quanto a processo de concessão de autorização de funcionamento e não se encontrar em regime especial; e

V - não se encontrar em plano de recuperação assistencial nem em procedimentos de adequação econômico-financeira - PAEF, exceto se no PAEF o desenquadramento restante for exclusivamente decorrente de exigência de Margem de Solvência.

13) No prazo máximo de 3 (três) meses, iniciar a oferta ao mercado, caso não tenha, de planos privados de assistência à saúde no regime ou tipo de contratação individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão, incluindo os previstos na RN nº 309, de 24 de outubro de 2012, mantendo a oferta pelo período mínimo de 36 (trinta e seis) meses.

As propostas recebidas deverão ser acompanhadas de balancete analítico assinado pelo contador e representante legal da operadora, correspondentes ao período encerrado em 31.08.2017 e serão classificadas com base no número de meses de manutenção na mensalidade antiga, desde que a operadora ofertante apresente capacidade econômico-financeira, sendo facultada aos beneficiários a escolha dentre as operadoras autorizadas.

As operadoras interessadas terão prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para retirar as informações disponíveis sobre as condições operacionais e perfil da carteira de beneficiários ofertada e apresentar propostas nos moldes da RN 384/2015, mediante documento a ser formalizado junto à ANS, nos seguintes endereços: Av. Bela Cintra, nº 986 - 9º andar - Edifício Rachid Saliba- Bairro Jardim Paulista - São Paulo - São Paulo - CEP: 01415-000 ou Avenida Augusto Severo, Nº 84, Térreo, Glória, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20021-040.

LEANDRO FONSECA DA SILVA  
Diretor-Presidente  
Substituto

(DOU de 14.11.2017 – pág. 93 – Seção 3)

[&nbsp;](#)