

Considerando o disposto na Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o seu art. 17, que define que a transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 3º, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo;

Considerando a Constatação nº 338795 do Relatório de Auditoria 14757, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS com a recomendação à Diretoria do Fundo Nacional de Saúde pela suspensão dos recursos financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde;

Considerando o Despacho nº 0040/2015 MS/SE/FNS/CGEOF, que solicita ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos que verifique as providências contidas no Relatório citado e proceda à suspensão dos recursos referentes ao Município de Cáceres/MT;

Considerando a realização do aviso prévio de 60 dias ao gestor de saúde do Município de Cáceres (MT), encaminhado pelo Ministério da Saúde por meio do Ofício nº 938/2015/SCTIE/MS no dia 6 de maio de 2015, postado por meio do código de objeto nº DN043965807BR aviso de recebimento nº AR043965807DN, o qual foi "recusado no endereço pela secretaria" em 8 de maio de 2015;

Considerando a publicação do Edital de Notificação no Diário Oficial da União nº 155, de 14 de agosto de 2015, o qual tornou público o conteúdo do Ofício nº 938/2015/SCTIE/MS; e

Considerando que não foram percebidas respostas do Município de Cáceres (MT) sobre as providências que estão sendo ou foram tomadas no sentido de sanar as irregularidades constatadas, resolve:

Art. 1º Fica suspensa a transferência dos recursos financeiros federais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para o Município de Cáceres (MT).

Art. 2º A suspensão ora formalizada perdurará até comprovada a adequação das irregularidades por parte do Município, nos termos do § 2º do art. 17 da Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CASTRO

## AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR DIRETORIA COLEGIADA

### RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 389, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2015

Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 3º, os incisos XIX, XXXI e XXXVI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e inciso III do artigo 6º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em reunião realizada em 18 de novembro de 2015, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

#### CAPÍTULO I

##### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade de as operadoras de planos privados de assistência à saúde, doravante denominadas operadoras, disponibilizarem um conteúdo mínimo obrigatório de informações:

I - aos seus beneficiários titulares e dependentes; e

II - às pessoas jurídicas contratantes de planos privados de saúde e às administradoras de benefícios.

Art. 2º Todo o conteúdo de informações obrigatórias de que trata esta resolução deverá ser disponibilizado obrigatoriamente em meio digital, através de área específica e restrita no portal da operadora na Internet.

§ 1º A disponibilização considera-se ocorrida no momento em que é dado acesso ao usuário para consulta às informações dispostas em área específica e restrita, através do portal da operadora na Internet.

§ 2º A operadora poderá disponibilizar, integral ou parcialmente, o conteúdo de que trata o caput deste artigo através de aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares.

§ 3º Todo o conteúdo disponibilizado em área específica e restrita do portal da operadora, na forma do caput deste artigo, deverá ser passível de impressão através do portal da operadora.

§ 4º A operadora deverá providenciar diretamente ao beneficiário, titular ou dependente, e também à pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde, ou à administradora de benefícios, mediante solicitação formal, a expedição em material impresso das informações obrigatórias respectivas a cada um deles,

conforme disposto nesta Resolução no prazo máximo de trinta dias, salvo se previsto prazo diverso nesta Resolução.

Art. 3º A operadora será responsável pela gestão do seu portal na Internet e dos aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares, e realizará:

I - a manutenção e atualização periódica das bases de dados;

II - a preservação da estabilidade, segurança da informação e funcionalidade da rede e dos aplicativos, por meio de medidas compatíveis com os padrões técnicos estabelecidos para este fim; e

III - medidas e procedimentos para a segurança e sigilo dos registros de conexão e dos dados.

Art. 4º A operadora deverá aplicar soluções adequadas com vistas à garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência visual, conforme melhores práticas e diretrizes adotadas em normas para esse fim.

#### CAPÍTULO II

##### DAS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA OS BENEFICIÁRIOS TITULARES E DEPENDENTES DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

Art. 5º A operadora deverá disponibilizar obrigatoriamente acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS.

Parágrafo único. O Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar - PIN-SS consiste no repositório de informações individualizadas relativas ao beneficiário, titular ou dependente do plano privado de saúde, em área específica e restrita do portal da operadora.

Art. 6º O PIN-SS apresentará os componentes abaixo:

I - Componente Cadastral; e

II - Componente Utilização dos Serviços.

#### Seção I

Do Componente Cadastral do PIN-SS

Art. 7º O Componente Cadastral do PIN-SS deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações cadastrais:

I - nome do beneficiário;

II - data de nascimento do beneficiário;

III - número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;

IV - número da matrícula do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;

V - código do registro da operadora na ANS;

VI - nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da operadora;

VII - nome empresarial (razão social) e título do estabelecimento (nome fantasia) da administradora de benefícios, quando houver;

VIII - nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial;

IX - número do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;

X - nome do plano privado de assistência à saúde;

XI - número do contrato/ apólice;

XII - informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme disposto no inciso VII do art. 16, da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e pelo art. 2º da Resolução Normativa - RN nº 195, de 14 de julho de 2009;

XIII - informação sobre a regulamentação do plano, entendendo-se por:

a) Plano Regulamentado - celebrado após 1º de janeiro de 1999;

b) Plano Não-regulamentado - celebrado até 1º de janeiro de 1999; ou

c) Plano Adaptado - celebrado até 1º de janeiro de 1999 e adaptados às regras da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - data da contratação do plano de saúde;

XV - data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;

XVI - prazo máximo previsto no contrato para carências, de acordo com a classificação abaixo:

a) carência para procedimentos ambulatoriais;

b) carência para procedimentos hospitalares;

c) carência para o procedimento parto a termo; e

d) carência para procedimentos odontológicos;

XVII - data de término da Cobertura Parcial Temporária - CPT, quando houver;

XVIII - segmentação assistencial do plano privado de assistência à saúde;

XIX - padrão de acomodação do plano privado de assistência à saúde;

XX - área de abrangência geográfica do plano privado de assistência à saúde;

XXI - dados do Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora; e

XXII - informação de contato com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Disque ANS, endereço eletrônico e link para o contato dos Núcleos de Fiscalização).

Parágrafo único. Em relação ao inciso XVI deverá constar a informação de que se trata de prazos máximos de carência, devendo o beneficiário proceder à leitura contratual ou consultar o Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da operadora para ter ciência de todos os prazos previstos.

#### Seção II

Do Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS

Art. 8º O Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS deverá conter os eventos reconhecidos pela operadora, independente da ocorrência de glosa de valor, considerando-se todos os eventos realizados na rede credenciada, referenciada, cooperada ou fora da rede, quando houver cobertura para reembolso.

Parágrafo único. Não se aplica o disposto neste artigo aos procedimentos identificados para ressarcimento ao SUS.

Art. 9º O conteúdo do Componente Utilização de Serviços do PIN-SS deverá obedecer às seguintes regras:

I - as informações deverão ser apresentadas de forma agrupada por categoria de despesa, de acordo com a natureza do procedimento;

II - para cada categoria de despesa deverá ser apresentada a relação individualizada dos procedimentos realizados pelo beneficiário;

III - para cada procedimento realizado deverá ser apresentada a data de realização;

IV - para cada procedimento realizado deverão ser apresentadas as seguintes informações do prestador de serviços de saúde que realizou o procedimento:

a) nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia), quando for pessoa jurídica; e

b) nome completo e Cadastro de Pessoa Física - CPF, quando for pessoa física; e

V - para cada categoria de despesa deverá ser apresentado o valor global da despesa, deduzidas eventuais glosas de valor, independente da forma de remuneração.

§ 1º As categorias de despesa serão classificadas em: Consultas, Exames/Terapias, Internação, Outras despesas e Odontologia.

§ 2º No caso de internação serão identificados o prestador principal e o procedimento principal.

§ 3º No caso de Odontologia, serão considerados todos os eventos de atenção à saúde, inclusive Consultas e Exames/Terapias.

§ 4º O conteúdo do PIN-SS, componente Utilização dos Serviços, deverá ser disponibilizado conforme o Padrão TISS vigente.

#### Seção III

Dos Aspectos Operacionais da Disponibilização do PIN-SS

Art. 10. A disponibilização do componente Utilização dos Serviços do PIN-SS terá periodicidade semestral e se dará até o último dia útil do mês de agosto, para as informações referentes ao primeiro semestre, e até o último dia útil do mês de fevereiro, para as informações referentes ao segundo semestre.

§ 1º Os eventos reconhecidos posteriormente ao processamento dos períodos estabelecidos no caput deverão ser informados no período subsequente.

§ 2º Todo o histórico do componente "utilização dos serviços" deverá ser disponibilizado pela operadora durante a vigência do contrato.

Art. 11. O PIN-SS deverá obrigatoriamente ser disponibilizado de forma individualizada, em área específica e restrita do portal da operadora, respeitando as regras de sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados.

Art. 12. O acesso ao PIN-SS deverá ser disponibilizado exclusivamente para os beneficiários, titulares ou dependentes, de planos privados de saúde.

Art. 13. Ao disponibilizar o PIN-SS a operadora deverá:

I - fornecer aos beneficiários login e senha para o acesso individualizado das informações; e

II - manter protegidas as informações dos beneficiários quando acompanhadas de dados que possibilitem a sua identificação, não podendo as mesmas ser divulgadas ou fornecidas a terceiros não autorizados.

Parágrafo único. A operadora dará ciência à administradora de benefícios, quando houver, ou à pessoa jurídica contratante de plano coletivo, empresarial ou por adesão, dos procedimentos necessários para o beneficiário titular ou dependente obter acesso individualizado às informações do PIN-SS, respeitando-se as regras de sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados.

#### CAPÍTULO III

##### DAS INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE DE PLANOS COLETIVOS OU PARA A ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS QUANDO COUBER

Art. 14. A operadora deverá disponibilizar à pessoa jurídica contratante de plano coletivo empresarial ou por adesão, com formação de preço pré-estabelecido, assim definidos na Resolução Normativa nº 85, de 7 de dezembro de 2004, um extrato pormenorizado contendo os itens considerados para o cálculo do reajuste conforme cláusula contratual ou estabelecido em negociação.

§ 1º O extrato pormenorizado de que trata o caput deverá ser disponibilizado com o mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

§ 2º Quando a administradora de benefícios participar, de qualquer forma, da negociação de reajuste dos contratos, o fornecimento do extrato pormenorizado previsto no caput deverá se dar diretamente a esta, no prazo do § 1º deste artigo, devendo repassá-lo para a pessoa jurídica contratante, em até 10 dias.

§ 3º O previsto no § 2º não impede que a pessoa jurídica contratante solicite o extrato diretamente à operadora, na forma do caput.

§ 4º Se, em observância ao contrato, não houver conclusão do cálculo do reajuste com antecedência de trinta dias, deverá ser apresentado o cálculo parcial efetuado com base nas informações disponíveis.

§ 5º Na situação prevista no § 4º, o cálculo definitivo deverá ser disponibilizado com até dez dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste.

Art. 15. O extrato pormenorizado de que trata o art. 14 deverá conter, ao menos:

I - o critério técnico adotado para o reajuste e a definição dos parâmetros e das variáveis utilizados no cálculo;