

## RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 558, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelos incisos II, IX, XV, XXIV, XXVIII e XXXVII, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e considerando o disposto no parágrafo único, do art. 11, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; 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 Gerais

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP), Cobertura Parcial Temporária (CPT), Declaração de Saúde (DS), Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de doença ou lesão preexistente pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se:

I - Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução;

II - Cobertura Parcial Temporária (CPT) aquela que admite, por um período ininterrupto de até vinte e quatro meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

III - Agravos como qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário; e

IV - Segmentação como tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

## Seção I

## Da Carta de Orientação ao Beneficiário

Art. 3º Constitui a Carta de Orientação ao Beneficiário parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e coletivos, em que haja previsão de cláusula de agravos ou cobertura parcial temporária.

§1º A Carta de que trata o caput deste artigo é um documento padronizado pela ANS, que visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter:

I - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e

II - a identificação, o nº do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.

§2º Em todos os contratos de planos privados de assistência à saúde, a Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada na página imediatamente anterior ao formulário de Declaração de Saúde e deve ser entregue juntamente com o formulário da Declaração de Saúde, no momento de seu preenchimento.

Art. 4º O Anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo a fonte e o tamanho a ser utilizado (Times New Roman, 12, espaçamento simples).

Parágrafo único. Para abertura de processo administrativo por alegação de DLP, somente serão válidas as Cartas de Orientação ao Beneficiário sem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo deste anexo.

## Seção II

## Da Doença ou Lesão Preexistente

Art. 5º Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos com menos de cinquenta beneficiários, contratados após a vigência da Lei nº 9.656, de 1998, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 1998.

§1º O beneficiário tem o direito de preencher a Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário.

§2º Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus financeiro dessa entrevista.

§3º O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações.

§4º É vedada a alegação de omissão de informação de DLP quando for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no beneficiário pela operadora, com vistas à sua admissão no plano privado de assistência à saúde.

Art. 6º Sendo constatada por perícia ou na entrevista qualificada ou através de declaração expressa do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.

§1º Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravos como opção à CPT.

§2º Caso a operadora não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravos, nas condições descritas no caput deste artigo.

§3º Na hipótese de CPT, as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada.

§4º Os procedimentos de alta complexidade encontram-se especificados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível na página institucional da ANS na internet - [www.gov.br/ans](http://www.gov.br/ans).

Art. 7º A CPT e o Agravos dar-se-ão de acordo com o art. 2º, incisos II e III, desta Resolução, sendo vedada à operadora de planos privados de assistência à saúde, a alegação de DLP decorridos vinte e quatro meses da data da celebração do contrato ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§1º Nos casos de CPT, findo o prazo de até vinte e quatro meses da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656, de 1998.

§2º O Agravos será regido por Aditivo Contratual específico, cujas condições serão estabelecidas entre as partes, devendo constar menção expressa a:

- I - percentual ou valor do Agravos;
- II - período de vigência do Agravos.

Art. 8º A ANS poderá a qualquer tempo solicitar esclarecimentos sobre os Procedimentos de Alta Complexidade (PAC) e cirúrgicos, objetos de CPT, relacionados às DLP declaradas.

## Seção III

## Da Declaração de Saúde

Art. 9º Na contratação de planos privados de assistência à saúde, o conteúdo da declaração do beneficiário a respeito de seu estado de saúde e de possíveis DLP, que servirão de base para aplicação da regra contida no art. 11 da Lei nº 9.656 de 1998, deverão observar o disposto nesta Resolução.

Art. 10. A Declaração de Saúde consistirá no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual, e conterà, obrigatoriamente:

- I - a definição de CPT, constante no art. 2º, inciso II, desta Resolução;
- II - a definição de Agravos, de acordo com o art. 2º, inciso III, desta

Resolução;

III - a informação sobre o direito do beneficiário de ser orientado no preenchimento da declaração de saúde, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou de optar por um profissional de sua livre escolha assumindo o ônus financeiro desta opção, conforme estabelecido no artigo 5º, parágrafos 1º e 2º desta Resolução; e

IV - a informação a respeito das consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS, a omissão de informação sobre DLP conhecida e não declarada.

Parágrafo único. A Declaração de Saúde deverá fazer referência, exclusivamente, a doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação, não sendo permitidas perguntas sobre hábitos de vida, sintomas ou uso de medicamentos.

Art. 11 O formulário conterà perguntas ou itens a assinalar, redigidos em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional, oferecendo campo para que seja registrado:

I - se o preenchimento contou com a presença de médico orientador, o que deve ser registrado de próprio punho por este profissional, em campo específico;

II - se o beneficiário dispensou a presença do médico orientador;

III - comentários e informações adicionais, a respeito das questões formuladas, que o beneficiário entenda importante registrar; e

IV - identificação do beneficiário, assinatura e data de preenchimento da declaração.

Art. 12 As operadoras ficam obrigadas a proteger as informações prestadas nas declarações de saúde, sendo vedada sua divulgação ou o fornecimento a terceiros não envolvidos na prestação de serviços assistenciais, sem a anuência expressa do beneficiário, ressalvados os casos previstos na legislação em vigor.

Art. 13 Para contratos a serem firmados a partir da vigência desta Resolução, as carteiras, cartões ou documentos de identificação de porte obrigatório pelo beneficiário para acesso aos serviços assistenciais, deverão conter a informação da existência de cláusula de CPT, com especificação da data de término de vigência da CPT.

Art. 14 Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro (individual ou coletivo independentemente do número de beneficiários), ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a vinte e quatro meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação assistencial e sem interrupção de tempo.

Parágrafo único. Conforme disposto no caput deste artigo, não caberá alegação de DLP e/ou CPT ou Agravos para os casos acima referidos.

## CAPÍTULO II

## Do Processo Administrativo

Art. 15. Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no inciso V do art. 18 desta Resolução, e poderá:

I - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de vinte e quatro meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou

II - oferecer o Agravos, na forma do art. 7º desta Resolução; ou

III - solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

§ 1º O oferecimento do Agravos a que se refere o inciso II deve ser acompanhado do oferecimento de CPT, sendo então o oferecimento de CPT obrigatório nestes casos e do Agravos opcional, nas situações as quais a operadora não optou por oferecimento de cobertura total.

§2º O processo administrativo de que trata esta Resolução diz respeito, exclusivamente, ao julgamento do mérito da alegação de omissão de conhecimento prévio de doença ou lesão por parte do beneficiário na Declaração de Saúde no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Art. 16 Somente após a comunicação ao beneficiário de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

§1º Nos casos em que houver acordo de CPT ou Agravos, a operadora não poderá solicitar abertura de processo administrativo com relação à respectiva doença que ensejou o oferecimento da CPT ou Agravos.

§2º Somente serão deferidas solicitações de abertura de processos administrativos de alegação de DLP que possam gerar necessidade de eventos cirúrgicos, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, de acordo com o definido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS em vigor.

§3º Não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor.

§4º Cabe à operadora o ônus da prova, devendo comprovar o conhecimento prévio do beneficiário de DLP, não declaradas no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

§5º A solicitação de abertura de processo administrativo por alegação de DLP é prerrogativa exclusiva da operadora, por meio de seu representante legal junto à ANS ou de qualquer pessoa devidamente autorizada, com firma reconhecida, por instrumento de mandato e cópia autenticada da procuração.

§6º O processo administrativo é de característica individual, sendo vedada a abertura de processos administrativos onde conste mais de um beneficiário.

Art. 17 O prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo é de vinte e quatro meses, considerando-se o período entre a data da assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e a data de postagem no correio ou do protocolo desta solicitação na ANS.

§1º A solicitação de abertura de processo administrativo deverá ser protocolizada:

I - presencialmente, na sede da ANS; ou

II - presencialmente, em um Núcleo da ANS; ou

III - pelo correio, encaminhada diretamente à ANS, sendo a data de postagem observada para o cumprimento do prazo estipulado; ou

