

GUIA DO RESSARCIMENTO AO SUS

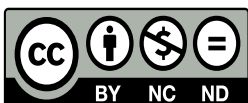
Impugnações e Recursos



GUIA DO RESSARCIMENTO AO SUS

IMPUGNAÇÕES E RECURSOS





2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão digital

Elaboração, distribuição e informações:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial

Gerência de Integração e Ressarcimento ao SUS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20.021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel.: +55(21) 2105-0000

Disque ANS 0800 701 9656

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Coordenação Técnica

Rodrigo Aguiar – DIDES

Daniel Pereira – DIRAD/DIDES

Fernanda Araújo - GEIRS/DIDES

Equipe Técnica - GEIRS/DIDES

Adriana Bion, João Saraiva, Jonatas Santos, Joselita Silva, Juliana Machado, Juliana Marques, Lilian Nascimento, Luiz Eduardo Vieira, Roberto Pinel, Tatiana Hora, Tulio Gonçalves

Projeto Gráfico - Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS promoveu diversos aprimoramentos no processo administrativo de ressarcimento ao SUS. Com a implementação do Protocolo Eletrônico do Ressarcimento ao SUS – Persus e sua integração com o Sistema Eletrônico de Informações – SEI, o processo administrativo passou a ser totalmente eletrônico. Além disso, novas diretrizes para a cobrança dos montantes a serem ressarcidos foram estabelecidas, o que autorizou a fluência de juros moratórios sobre os valores dos atendimentos impugnados ou recorridos.

Por meio de seus canais de comunicação, a ANS mantém-se em contato permanente com os entes regulados. Frequentemente, recebe perguntas acerca dos documentos considerados aptos a comprovar as alegações apresentadas pelas operadoras no curso dos processos administrativos de ressarcimento ao SUS.

Assim, buscando a gestão transparente da informação, seu amplo acesso e divulgação, a ANS disponibiliza este Guia do Ressarcimento ao SUS, com o objetivo de divulgar elementos considerados relevantes na análise das impugnações e dos recursos examinados nos processos administrativos.

Este Guia apresenta em linhas gerais o rito processual de ressarcimento ao SUS estabelecido pela Resolução Normativa nº 358/2014, bem como indica a documentação mínima obrigatória exigida pela Instrução Normativa DIDES nº 54/2014 para cada tipo de alegação.

A organização do Guia está dividida em três tópicos. O primeiro trata dos principais atos do processo de ressarcimento ao SUS, observando sua previsão legal, o registro dos atendimentos no SUS, a identificação dos beneficiários, o procedimento administrativo em si e a cobrança dos valores devidos. No segundo tópico, o tema discutido é o fluxo de análise das impugnações e dos recursos. Também é abordado o correto preenchimento do formulário de impugnação e a necessidade de comprovação do vínculo do beneficiário ao contrato. O último tópico aborda os documentos exigidos para cada motivo, baseado nos normativos vigentes.

Dessa forma, a ANS se propõe a trazer esclarecimentos técnicos relacionados à análise dos processos de ressarcimento ao SUS e à aplicabilidade da legislação específica vigente, bem como dirimir os questionamentos mais recorrentes apresentados pelas operadoras.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS

SUMÁRIO

1. O ressarcimento ao SUS	9
1.1 A regra do ressarcimento ao SUS	9
1.2. Os registros dos atendimentos no SUS – AIH e APAC	9
1.2.1. O que é uma AIH?	9
1.2.2. O que é uma APAC?	9
1.3. O procedimento de identificação de beneficiários – batimento	9
1.4. O processo administrativo de ressarcimento ao SUS	10
1.5. A cobrança do ressarcimento ao SUS	16
2. Impugnações e recursos no processo administrativo de ressarcimento ao SUS	17
2.1. Formulário de impugnação ou recurso	17
2.2. Vínculo do beneficiário ao contrato	22
2.3. Perguntas frequentes	24
2.3.1. Qual a base legal que concede à ANS a competência para proceder ao ressarcimento ao SUS?	24
2.3.2. O art. 32 da Lei nº 9.656/98, que estabeleceu o ressarcimento ao SUS, é constitucional	24
2.3.3. É devido o ressarcimento em razão de atendimentos no SUS a beneficiários vinculados a planos de saúde não regulamentados?	24
2.3.4. O beneficiário de plano de saúde tem direito ao SUS?	24
2.3.5. É devido o ressarcimento ao SUS nos casos em que o beneficiário procura o serviço por livre e espontânea vontade?	24
2.3.6. É devido o ressarcimento ao SUS nos atendimentos realizados fora da rede assistencial da operadora ou sem a observância de mecanismos contratuais de regulação de acesso aos serviços de saúde?	25
2.3.7. Os dados constantes do ABI são suficientes para a operadora identificar o beneficiário e os procedimentos realizados?	25
2.3.8. Como é feita a cobrança dos atendimentos no SUS?	25
2.3.9. Como é comprovado o pagamento dos atendimentos no SUS	26
2.3.10. O que é o Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR	26
2.3.11. O ressarcimento ao SUS está sujeito à prescrição?	26
2.3.12. O que são as APACs de legado?	26
3. Motivos de impugnação ou recurso	27
3.1. Orientações Gerais para Impugnação ou Recurso	27
3.2. Beneficiário em carência	27
3.2.1. Planos coletivos	28
3.2.2. Urgência/Emergência	28
3.3. Paciente atendido não é beneficiário de produto da operadora (homônimo)	29
3.4. Produto não cobre procedimento	30
3.5. Atendimento fora da abrangência geográfica do produto	31
3.6. Quantidade de procedimento não coberta pelo produto	32
3.7. Atendimento já pago pela operadora	32
3.8. Franquia ou coparticipação	33
3.9. Cadastro – Beneficiário excluído, suspensão do atendimento, transferência de carteira e inclusão posterior ao atendimento	36
3.9.1. No caso de exclusão de beneficiário	36
3.9.1.1. Exclusão a pedido	37
3.9.1.2. Exclusão por término da relação de dependência	37

3.9.1.3. 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 9.656/98	38
3.9.1.4. Exclusão por óbito do titular ou do beneficiário	38
3.9.1.5. Exclusão por inadimplência	39
3.9.1.6. Exclusão por fraude do beneficiário em declaração de saúde	40
3.9.1.7. Exclusão por transferência de carteira	40
3.9.2. No caso de inclusão do beneficiário em data posterior ao atendimento	40
3.10. Cobertura Parcial Temporária – CPT	41
3.10.1. Planos regulamentados	41
3.10.2. Planos não regulamentados	43
3.11. Outras alegações de natureza técnica	43
3.12. Outras alegações de natureza administrativa	45

TABELAS

Tabela 1: Franquia ou coparticipação – pedido da operadora, desconto concedido e decisão da ANS	34
---	----

INFOGRÁFICOS

Infográfico 1: Documentos comprobatórios – vínculo a contrato de plano individual/familiar	22
Infográfico 2: Documentos comprobatórios – vínculo a contrato de plano coletivo	23
Infográfico 3: Documentos comprobatórios – beneficiário em carência (regra geral)	28
Infográfico 4: Documentos comprobatórios – beneficiário em carência (planos coletivos)	29
Infográfico 5: Documentos comprobatórios – homônimo	30
Infográfico 6: Documentos comprobatórios – procedimento não coberto	30
Infográfico 7: Documentos comprobatórios – atendimento fora da abrangência geográfica	31
Infográfico 8: Documentos comprobatórios – quantidade de procedimento não coberta	32
Infográfico 9: Documentos comprobatórios – atendimento já pago pela operadora	33
Infográfico 10: Documentos comprobatórios – franquia ou coparticipação	34
Infográfico 11: Documentos comprobatórios – exclusão de beneficiário	37
Infográfico 12: Documentos comprobatórios – exclusão a pedido	37
Infográfico 13: Documentos comprobatórios – exclusão por fim da relação de dependência	38
Infográfico 14: Documentos comprobatórios – exclusão por extinção do vínculo empregatício ou em razão dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98	38
Infográfico 15: Documentos comprobatórios – exclusão por óbito	39
Infográfico 16: Documentos comprobatórios – exclusão por inadimplência	39
Infográfico 17: Documentos comprobatórios – exclusão por fraude em declaração de saúde	40
Infográfico 18: Documentos comprobatórios – exclusão por transferência de carteira	40
Infográfico 19: Documentos comprobatórios – inclusão de beneficiário em data posterior ao atendimento	41
Infográfico 20: Documentos comprobatórios – CPT – planos regulamentados	42
Infográfico 21: Documentos comprobatórios – CPT – planos coletivos regulamentados	42
Infográfico 22: Documentos comprobatórios – CPT – planos não regulamentados	43
Infográfico 23: Documentos comprobatórios – outras alegações de natureza técnica	45

FIGURAS

Figura 1: Batimento	10
Figura 2: Ofício de Notificação de ABI	11
Figura 3: Anexo do Ofício ABI (detalhamento das AIHs e APACs	11
Figura 4: Nota Técnica	12
Figura 5: Decisão de 1ª instância	13
Figura 6: Ofício de Notificação de Decisão	13
Figura 7: Processo de ressarcimento ao SUS	15
Figura 8: Cobrança do ressarcimento ao SUS	16
Figura 9: Formulário de impugnação ou recurso – identificação da AIH/APAC	17
Figura 10: Formulário de impugnação ou recurso – orientações de preenchimento	17
Figura 11: Formulário de impugnação ou recurso – razões da impugnação ou do recurso	18
Figura 12: Formulário de impugnação ou recurso – pedido	18
Figura 13: Formulário de impugnação ou recurso – exemplo de preenchimento 1	19
Figura 14: Formulário de impugnação ou recurso – exemplo de preenchimento 2	20
Figura 15: Formulário de impugnação ou recurso – exemplo de preenchimento 3	21
Figura 16: Formulário de impugnação ou recurso – memória de cálculo	33
Figura 17: Formulário de impugnação ou recurso – documentos comprobatórios	34
Figura 18: Formulário de impugnação ou recurso – pedido	34
Figura 19: Documentos comprobatórios – laudo de auditor assistencial	44

1. O RESSARCIMENTO AO SUS

1.1. A REGRA DO RESSARCIMENTO AO SUS

De acordo com o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, serão ressarcidos pelas operadoras os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2. OS REGISTROS DOS ATENDIMENTOS NO SUS – AIH E APAC

1.2.1. O QUE É UMA AIH?

A Autorização de Internação Hospitalar – AIH é o documento com numeração própria em que se registra uma internação hospitalar realizada no SUS. Além de identificar o usuário que foi internado, a AIH indica, entre outros dados, os serviços a ele prestados, a unidade de saúde, a competência (mês) do faturamento e o caráter da internação.

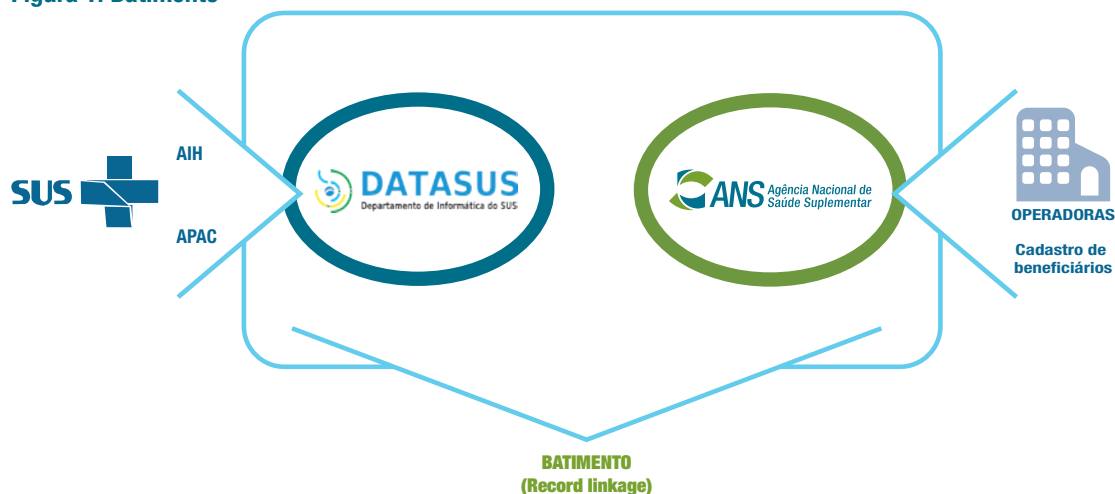
1.2.2. O QUE É UMA APAC?

A Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC é o documento utilizado pelo SUS para autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta e de média complexidade e a disponibilização de medicamentos excepcionais. A APAC apresenta numeração própria e indica, entre outros, o nome, a data de nascimento e o sexo do usuário atendido, a unidade de saúde que prestou o atendimento, os procedimentos realizados e o caráter do atendimento. Ao contrário da AIH, que indica as datas em que se iniciou e se encerrou o atendimento, a APAC indica o período em que o atendimento tem autorização para ser realizado.

1.3. O PROCEDIMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – BATIMENTO

Periodicamente, o Departamento de Informática do SUS – Datasus encaminha à ANS as bases de dados das AIHs e das APACs, cujos procedimentos foram realizados e pagos pelo SUS. A ANS, por sua vez, procede ao batimento (record linkage), que é o cruzamento dessas bases com as informações do Sistema de Informações de Beneficiários – SIB.

Figura 1: Batimento



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

Assim, são identificados os beneficiários de planos de saúde que foram internados ou realizaram procedimentos ambulatoriais de alta ou média complexidade no SUS.

Encerrado o batimento, a ANS aplica alguns filtros sobre os atendimentos identificados a fim de excluir aqueles que, principalmente por razões legais ou contratuais, não devem ser objeto de cobrança.

1.4. O PROCESSO ADMINISTRATIVO DE RESSARCIMENTO AO SUS

Finalizada a etapa da aplicação de filtros, é enviado um ofício de notificação para cada operadora que teve beneficiários identificados. Esse ofício, que é chamado de Aviso de Beneficiário Identificado – ABI ou simplesmente de Ofício ABI, contém informações das AIHs e das APACs referentes aos atendimentos no SUS de cada beneficiário da operadora em um determinado trimestre.

Figura 2: Ofício de Notificação de ABI

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
AV. AUGUSTO SEVERO, 84 - 10º ANDAR
GLÓRIA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20021-040
TEL: 21 - 2105-0000 / www.ans.gov.br

 **ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ofício nº [REDACTED]/2015/DIDES/ANS

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2015

A Sua Senhoria o(a) Senhor(a)
JOÃO [REDACTED]
DIRETOR PRESIDENTE
[REDACTED] SAÚDE LTDA - [REDACTED]
CNPJ: [REDACTED]
CAIXA [REDACTED]
CEP:20270-970 - RIO DE JANEIRO - RJ

Referência : Processo : [REDACTED]

Assunto: Aviso de Beneficiários Identificados - ABI nº 54

Prezado(a) Senhor(a),

1. NOTIFICO Vossa Senhoria que foi (foram) identificado(s), para fins do ressarcimento previsto no artigo 32, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, o(s) atendimento(s) no Sistema Único de Saúde - SUS a consumidor(es) dessa Operadora detalhado(s) em anexo, cujo(s) valor(es) foi (foram) calculado(s) por meio da aplicação do Índice de Valoração do Ressarcimento de 1,5 (um e meio) nos termos da RN nº 251, de 19 de abril de 2011.

Fonte: ANS, sistema SEI.

Os dados referentes às AIHs e às APACs constantes do Ofício ABI gozam de presunção de legitimidade e são suficientes para a operadora identificar o beneficiário, o prestador, os procedimentos realizados e os valores cobrados.

Figura 3: Anexo do Ofício ABI (detalhamento das AIHs e APACs)

Prestador : CNES :				
-----------------------	--	--	--	--

Fonte: ANS, sistema SEI.

Ao receber o Ofício ABI, a operadora dispõe do prazo de trinta dias corridos para, caso entenda necessário, impugnar cada uma das AIHs e APACs identificadas. As impugnações devem ser protocolizadas exclusivamente por meio do protocolo eletrônico do ressarcimento ao SUS.

Havendo impugnações, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES da ANS analisa toda a documentação apresentada e elabora uma Nota Técnica, cujo teor abrange o deferimento ou o indeferimento de cada impugnação.

Figura 4: Nota Técnica


ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

NOTA TÉCNICA n°: [REDACTED]/2017/GEIRS/DIDES/ANS
 Processo n°: [REDACTED]
 CNPJ: [REDACTED]
 Operadora: [REDACTED]
 Competência: 01/2014 a 03/2014

Trata-se de análise da(s) impugnação(ões) apresentada(s) pela Operadora supramencionada em face do ressarcimento ao SUS de atendimento(s) autuado(s) no processo em referência.

Analizando os documentos que instruem o processo, constatou-se que:

APAC [REDACTED]	COMPETÊNCIA: 01/2014
OPINIÃO: ANULAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO	
ANÁLISE:	
Deferimento sumário de acordo com o Ofício Circular n° 3/2015/DIDES, tendo em vista que o procedimento em comento não encontra previsão de cobertura no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na época do atendimento.	
APAC [REDACTED]	COMPETÊNCIA: 01/2014
OPINIÃO: ANULAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO	
ANÁLISE:	

Fonte: ANS, sistema SEI.

Em seguida, a DIDES, com base na Nota Técnica elaborada, profere a decisão de primeira instância e ambos os documentos (Nota Técnica e Decisão) são disponibilizados para a operadora impugnante por meio do protocolo eletrônico juntamente com um Ofício de notificação.

Figura 5: Decisão de 1ª instância



DECISÃO n°: [REDACTED]/2017/DIDES/ANS
Processo n°: [REDACTED]
Operadora : [REDACTED]
Ref.: Nota Técnica n°: [REDACTED]/2017/GEIRS/DIDES/ANS

Assunto: Impugnação de obrigação de ressarcimento ao SUS.

Considerando o resultado da análise da(s) impugnação(ões) impetradas(s) pela Operadora supramencionada no âmbito do processo administrativo em epígrafe, acolho, na íntegra, a Nota Técnica em anexo.

Diretor de Desenvolvimento Setorial

Fonte: ANS, sistema SEI.

Figura 6: Ofício de Notificação de Decisão



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL
AV.AUGUSTO SEVERO, 84 - GLÓRIA
CEP: 20021-010 - RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL
TEL: 21-2105-0000 / www.ans.gov.br

Ofício n° [REDACTED]/2017/GEIRS/DIDES/ANS

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2017.

A sua Senhoria o(a) Senhor(a)
[REDACTED]
DIRETOR PRESIDENTE
[REDACTED] MÉDICA LTDA
CNPJ: [REDACTED]
CAIXA POSTAL [REDACTED]
CEP: [REDACTED] - RIO DE JANEIRO / RJ

Ref.Processo: [REDACTED]
Nota Técnica: [REDACTED]/2017/GEIRS/DIDES
ABI: 54º ABI

Assunto: Decisão de impugnação(ões) em processo de ressarcimento ao SUS.

Prezado(a) Senhor(a),

1. Encaminhamos decisão da(s) impugnação(ões) formulada(s) por essa Operadora em face do(s) atendimento(s) identificado(s) no processo administrativo de ressarcimento ao SUS em referência.
2. Informamos que o prazo para a interposição de recurso administrativo,

Fonte: ANS, sistema SEI.

A operadora é considerada efetivamente notificada da decisão após o decurso de dez dias corridos da disponibilização dos três documentos (Nota Técnica, Decisão e Ofício). Vale destacar que as operadoras são responsáveis por verificar periodicamente a existência de notificações no sistema de protocolo eletrônico.

Notificada da decisão de primeira instância, a operadora conta com o prazo de dez dias corridos para, se desejar, interpor recursos à Diretoria Colegiada da ANS por meio do protocolo eletrônico. Interpostos e analisados os recursos, a Diretoria Colegiada profere a decisão de segunda instância. Os documentos referentes a essa decisão (Nota Técnica, Decisão e Ofício) também são disponibilizados para a operadora pelo protocolo eletrônico.

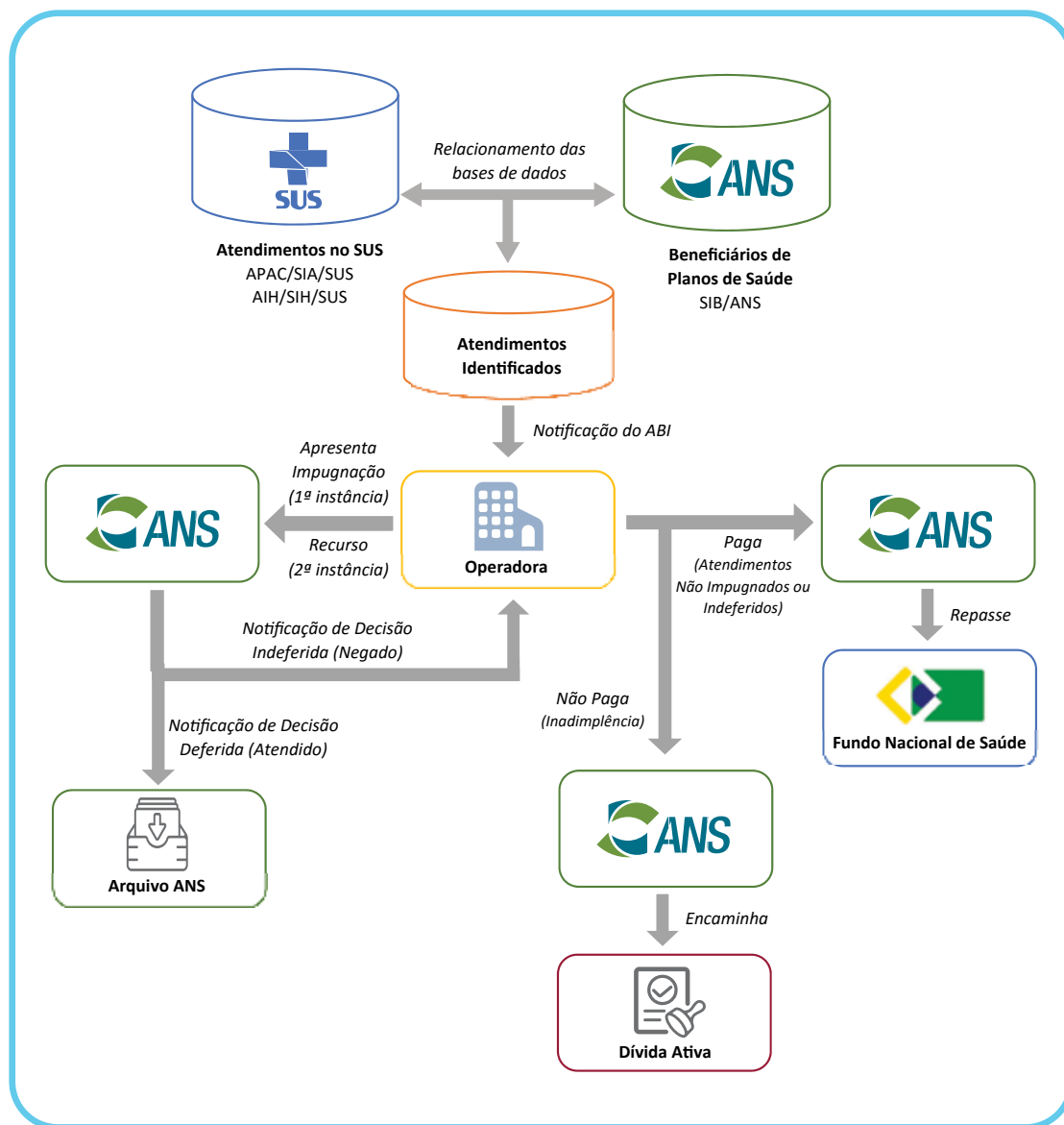
No caso de impugnações ou recursos deferidos, sem valor remanescente, a cobrança dos valores relacionados às respectivas AIHs e APACs é cancelada e arquivada.

Por outro lado, estão aptos para cobrança os valores referentes aos atendimentos: a) não impugnados em primeira instância; b) cujas impugnações são indeferidas em primeira instância e para os quais não há recurso; e c) cujos recursos são indeferidos.

Vale ressaltar que há situações específicas de análise, deferimento ou indeferimento, que resultam em cobrança parcial. É o que ocorre, por exemplo, nos casos de: a) franquia ou coparticipação; b) procedimentos secundários não cobertos pelo plano de saúde; e c) limitação contratual da quantidade coberta de determinado procedimento. Nessas situações, é descontada a quantia correspondente aos itens não devidos para posterior cobrança.

Os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são integralmente revertidos ao Fundo Nacional de Saúde – FNS. Não havendo o pagamento, os valores são inscritos em dívida ativa da ANS, a quem compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

Figura 7: Processo de ressarcimento ao SUS



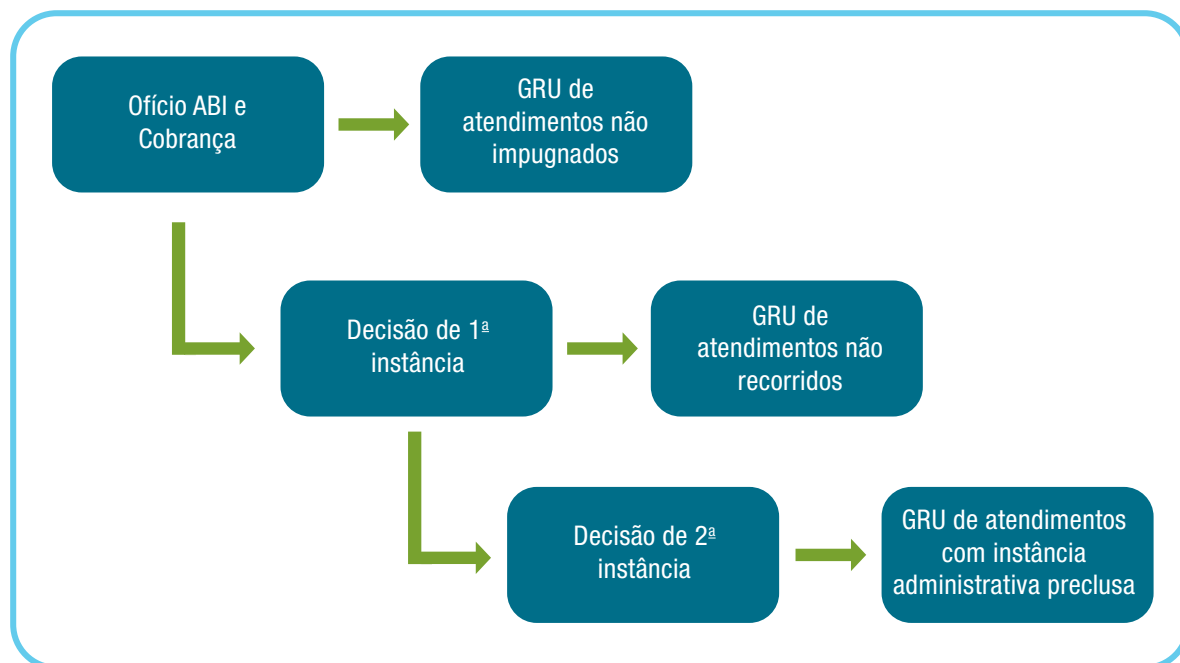
Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

1.5. A COBRANÇA DO RESSARCIMENTO AO SUS

Os valores correspondentes aos atendimentos aptos para cobrança são objeto de Guia de Recolhimento da União – GRU, a qual é remetida à operadora por meio de Ofício disponibilizado no protocolo eletrônico.

As operadoras devem estar atentas à possibilidade de fluência de juros e evitar impugnações e recursos com caráter meramente procrastinatórios. Portanto, os atendimentos não impugnados, assim como os indeferidos e deferidos parcialmente em primeira (sem recursos interpostos) e segunda instâncias serão considerados como aptos a serem recolhidos.

Figura 8: Cobrança do ressarcimento ao SUS



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

Para maiores detalhes sobre os procedimentos de cobrança, sugere-se consultar a cartilha “Aspectos Financeiros do Ressarcimento ao SUS: Orientações Sobre os Procedimentos de Cobrança” disponível no seguinte link:



http://www.ans.gov.br/biblioteca/php/download.php?codigo=4351&tipo_midia=2&iIndexSrv=1&iUsuario=0&obra=8521&tipo=1&iBanner=0&iIdioma=0

2. IMPUGNAÇÕES E RECURSOS NO PROCESSO ADMINISTRATIVO DE RESSARCIMENTO AO SUS

2.1. FORMULÁRIO DE IMPUGNAÇÃO OU RECURSO

A análise de impugnações e de recursos de cada AIH e APAC no processo administrativo se dá de forma individualizada, tanto na primeira quanto na segunda instância. Dessa forma, é de suma importância que os documentos apresentados pela operadora estejam adequados aos normativos vigentes. A Instrução Normativa – IN DIDES nº 54, de 27 de novembro de 2014, indica as exigências mínimas de provas documentais para cada tipo de alegação, bem como os modelos a serem utilizados nas impugnações e nos recursos.

O formulário de impugnação ou recurso, cujo modelo consta no Anexo III da referida IN, deve conter todas as informações necessárias que possibilitem a adequada análise do pedido da operadora. O formulário possui campos de preenchimento obrigatório, como a identificação da operadora, do número do processo administrativo de ressarcimento ao SUS e do ABI, do número e da competência do atendimento questionado, do beneficiário, do motivo de impugnação/recurso (classificado conforme anexo IV da IN 54), seu respectivo detalhamento, além do pedido da operadora.

Os atendimentos de continuidade, AIH ou APAC, que possuem mesmo número de identificação e podem ter várias competências, datas ou valores distintos (ver tópicos 1.2 e 2.3.8 deste Guia), devem ser impugnados/recursados individualmente, atentando-se para o correto preenchimento dos respectivos campos no formulário:

Figura 9: Formulário de impugnação ou recurso – identificação da AIH/APAC

Instrumento de autorização/registro do atendimento identificado			
Tipo*:	Número*:	Competência*:	Período*:

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

O formulário possui campos de preenchimento obrigatório, marcados com asterisco (*). Outros campos devem ser preenchidos conforme situações específicas e orientações contidas no rodapé do próprio documento:

Figura 10: Formulário de impugnação ou recurso – orientações de preenchimento

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.

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

Havendo mais de um motivo de impugnação/recurso, os campos do quadro abaixo devem ser repetidos para cada motivo:

Figura 11: Formulário de impugnação ou recurso – razões da impugnação ou do recurso

Razões da(o) impugnação/recurso³
Motivo de impugnação/recurso⁴:
Detalhamento do motivo⁵:
Memória de cálculo⁶:
Documento(s) comprobatório(s)⁶:

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

No caso de alegações cujo pedido resulte em retificação do valor a ser ressarcido, a operadora deve apresentar, no campo correspondente, memória de cálculo com o desconto solicitado.

Orienta-se ainda indicar a página, a cláusula, o item ou qualquer outra referência que permita identificar o trecho do documento no qual se sustenta a alegação.

O quadro que remete ao pedido da operadora contempla três situações:

Figura 12: Formulário de impugnação ou recurso – pedido

Pedido(s)⁷
☐ 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\$ _____.

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

A opção “Anulação da identificação do atendimento” deve ser marcada quando o pedido da operadora tem por objetivo cancelar a identificação.

Se a impugnação/recurso questiona parte do valor identificado, o pedido selecionado no formulário deve ser “Retificação do valor a ser ressarcido para R\$_____”.

Para alegações de motivos que podem levar à anulação do atendimento ou à retificação do valor, o pedido deve ser “Anulação da identificação do atendimento ou, subsidiariamente, retificação do valor a ser ressarcido para R\$_____”.

Exemplos de preenchimento do formulário de impugnação/recurso:

Exemplo 1 - a operadora solicita anulação da identificação do atendimento alegando que o beneficiário identificado foi atendido fora da área de abrangência geográfica do produto:

Figura 13: Formulário de impugnação ou recurso – exemplo de preenchimento 1

Razões da impugnação³
Motivo de impugnação ⁴: 4 - Atendimento fora da abrangência geográfica do produto
Detalhamento do motivo⁴:
O beneficiário foi atendido no Sistema Único de Saúde – SUS na FUNDACAO GERALDO CORREA, na cidade de Divinópolis/MG. Ocorre que o Plano Privado de Assistência à Saúde ao qual o beneficiário se vincula, segundo Art. 3º, inciso IV do regulamento anexo, possui área de abrangência geográfica composta pelas cidades de Teixeira de Freitas/BA, Cariacica/ES, Serra/ES, Vila Velha/ES, Vitória/ES, Abaeté/MG, Bela Vista de Minas/MG, Belo Horizonte/MG, Betim/MG, Bom Despacho/MG, Caeté/MG, Carbonita/MG, Contagem/MG, Coronel Fabriciano/MG, Diamantina/MG, Dionísio/MG, Ipatinga/MG, Itabira/MG, Itamarandiba/MG, João Monlevade/MG, Lagoa Santa/MG, Mariana/MG, Martinho Campos/MG, Nova Era/MG, Nova Lima/MG, Pompeu/MG, Rio Casca/MG, Rio Piracicaba/MG, Sabará/MG, Santa Bárbara/MG, São Domingos do Prata/MG, São Jose da Lapa/MG, São Pedro dos Ferros/MG, Timóteo/MG, Vespasiano/MG; Piracicaba, descritas no regulamento, o qual não integra a cidade de Divinópolis/MG. Nesse sentido, o atendimento foi realizado fora da área de abrangência geográfica do produto, portanto, não se faz devido o ressarcimento ao SUS. Ante o exposto, requer seja julgado procedente a presente defesa para anular a identificação, tendo em vista que o atendimento no SUS foi realizado fora da área de abrangência geográfica do produto.
Memória de cálculo⁵:
Documento(s) comprobatório(s)⁶:
Regulamento (Art. 3º, IV); Termo de adesão.
Pedido(s)⁶
☒ 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\$ _____.

Fonte: ANS, sistema SEI.

Exemplo 2 - a operadora solicita retificação do valor a ser ressarcido arguindo que o contrato prevê franquia ou coparticipação do beneficiário nas despesas:

Figura 14: Formulário de impugnação ou recurso – exemplo de preenchimento 2

Razões da impugnação³
Motivo de impugnação⁶: 8 – Franquia ou Coparticipação
Detalhamento do motivo⁶: O beneficiário atendido no Sistema Único de Saúde – SUS, se vincula ao Plano Privado de Assistência a Saúde que estabelece no Art. 47, III do regulamento anexo, a cobrança de coparticipação na internação, no valor de R\$ 100,00 (cem reais) , motivo pelo qual, requer o abatimento do referido valor do total do atendimento. Desse modo, será apresentado na memória de cálculo abaixo, o valor que deverá ser ressarcido ao SUS após ser efetivado o abatimento do valor referente à coparticipação previsto no regulamento da operadora.
Memória de cálculo⁸: Considerando que o valor total do atendimento é R\$ 269,43 (duzentos e sessenta e nove reais, quarenta e três centavos) e deduzindo o valor de R\$ 100,00 (cem reais) referente à coparticipação para internação, a operadora deverá ressarcir o SUS o valor de R\$ 169,43 (cento e sessenta e nove reais, quarenta e três centavos).
Documento(s) comprobatório(s)⁸: Regulamento do Plano Ativos (Art. 47,III); Declaração da Empresa Contratante; Acordo Coletivo; Tabela de subsídios.
Pedido(s)⁹ ☐ Anulação da identificação do atendimento. ☒ Retificação do valor a ser ressarcido para R\$ 169,43 (cento e sessenta e nove reais, quarenta e três centavos) . ☐ Anulação da identificação do atendimento ou, subsidiariamente, retificação do valor a ser ressarcido para R\$.

Fonte: ANS, sistema SEI.

Exemplo 3 – o pedido da operadora é anulação da identificação do atendimento ou, subsidiariamente, retificação do valor a ser ressarcido, coerente com os três motivos alegados na impugnação:

Figura 15: Formulário de impugnação ou recurso – exemplo de preenchimento 3

Razões da (o) impugnação/recurso				
Motivo de impugnação/recurso*: • 13 -Outros motivos de natureza administrativa – Suspensão/rescisão contratual por inadimplência superior a 60 dias. • 16 – Cobertura Parcial Temporária para DLP – HEMODIALISE. • 08 – Franquia ou coparticipação				
Detalhamento do motivo* • O atendimento a beneficiária estava suspenso devido à inadimplência atestada superior a 60 (sessenta) dias, em conformidade com o contrato e notificação no prazo legal. • O atendimento identificado foi realizado durante o prazo contratual de Cobertura Parcial Temporária – CPT para HEMODIALISE até 11/11/2013, conforme comprova a declaração de saúde assinada pelo representante legal. • O contrato ao qual está vinculada a beneficiária identificada prevê fator moderador a ser pago, sob forma de coparticipação, aplicável ao atendimento.				
Memória de Cálculo:				
PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QNTD	VALOR	VALOR DA CO-PARTICIPAÇÃO
202010210	DOSAGEM DE CALCIO	1	2,78	1,39
202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	1	2,78	1,39
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1	6,54	3,27
202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1	3,02	1,51
202010694	DOSAGEM DE UREIA	2	5,55	2,78
202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1	2,30	1,15
202020371	HEMATOCRITO	1	2,30	1,15
305010107	HEMODIALISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	13	3.491,09	650,00
		Total	3.516,36	662,64
			Total Final	2.853,72
Documento (s) comprobatório (s): • Contrato – Art. 16 ao 18, Art. 22 e 23, págs. 14 e 15 / Art. 59 a 62, págs. 22 e 23 • Proposta de Inclusão • Ar • Documento Financeiro • Carta de Cobrança • Declaração de Saúde				
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\$ 2.853,72.				

Fonte: ANS, sistema SEI.

2.2. VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO AO CONTRATO

Ao impugnar ou interpor recurso, a operadora deve observar os motivos listados no anexo IV da IN DIDES nº 54/2014, bem como os documentos comprobatórios, exemplificados no anexo V da referida IN.

Nos casos em que o motivo alegado demandar a apresentação de contrato, o instrumento contratual deverá conter a identificação do contratante e da contratada, a data de assinatura e a identificação do produto. Quando não constar do contrato a identificação e a assinatura do contratante, pessoa física ou jurídica, também deverá ser comprovado o vínculo entre o contratante e o contrato.

Em se tratando de plano coletivo, é necessário demonstrar também o vínculo do beneficiário à pessoa jurídica contratante e ao produto.

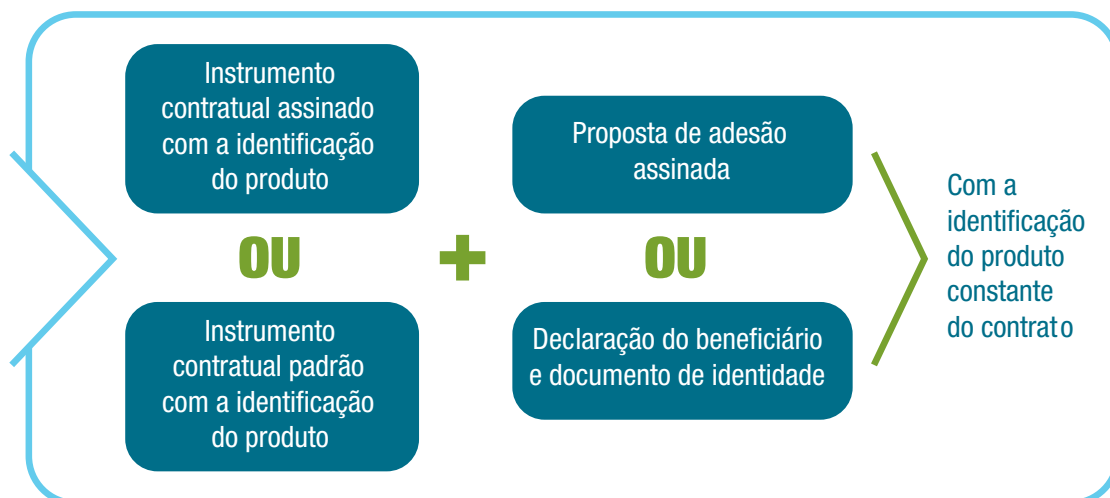
DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS:

- Planos Individual/familiar

Nos casos em que o produto contratado for individual ou familiar, é necessário comprovar o vínculo do beneficiário ao produto, o que pode ser feito por meio de:

- a) Instrumento contratual assinado pelo beneficiário com a devida identificação do produto; ou
- b) Instrumento contratual padrão acrescido de:
 - Proposta de adesão devidamente assinada, que identifique o produto constante do contrato; ou
 - Declaração do beneficiário (acompanhada do documento de identidade), que identifique o produto constante do contrato.

Infográfico 1: Documentos comprobatórios – vínculo a contrato de plano individual/familiar



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

- Plano Coletivo

Nos casos de contratação coletiva, é necessário comprovar o vínculo da pessoa jurídica contratante ao contrato e do beneficiário à contratante e ao produto, por meio de:

- a) Instrumento contratual assinado com a identificação do produto e CNPJ da contratante acrescido de:

- Proposta de adesão do beneficiário; ou
- Declaração da pessoa jurídica contratante ou apresentação do pedido de inserção, contendo a identificação da pessoa jurídica contratante, incluindo CNPJ, telefone, nome, CPF, RG, matrícula e cargo do declarante; ou
- Declaração do beneficiário (acompanhada do documento de identidade).

b) Instrumento contratual padrão acompanhado de documento que comprove a adesão da pessoa jurídica contratante ao produto em análise, devidamente assinado e datado, acrescidos dos documentos de vínculo do beneficiário, conforme item “a”.

Em caso de plano coletivo que contenha outras pessoas jurídicas aderentes ao instrumento contratual assinado pela contratante, é necessário demonstrar o vínculo da pessoa jurídica à qual o beneficiário encontra-se vinculado como empregado, associado ou sindicalizado ao contrato apresentado.

Caso a contratação envolva a participação de uma Administradora de Benefícios na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora, igualmente deve ser comprovado o ingresso da pessoa jurídica contratante naquele contrato.

Infográfico 2: Documentos comprobatórios – vínculo a contrato de plano coletivo



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

2.3. PERGUNTAS FREQUENTES

2.3.1. QUAL A BASE LEGAL QUE CONCEDE À ANS A COMPETÊNCIA PARA PROCEDER AO RESSARCIMENTO AO SUS?

Os arts. 4º, inciso VI, da Lei 9.961/2000 e 32 da Lei 9.656/98 concedem à ANS a competência para definir normas para o ressarcimento ao SUS, inclusive quanto ao processo de impugnação. Os §§ 2º e 3º do art. 32 da Lei 9.656/1998, por sua vez, deixam claro que a ANS é a responsável pela cobrança do ressarcimento ao SUS.

2.3.2. O ART. 32 DA LEI Nº 9.656/98, QUE ESTABELECEU O RESSARCIMENTO AO SUS, É CONSTITUCIONAL?

Sim. A constitucionalidade do mencionado dispositivo legal foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal em decisão proferida na Ação Direta de Inconstitucionalidade 1931 e no Recurso Extraordinário 597.064.

2.3.3. É DEVIDO O RESSARCIMENTO EM RAZÃO DE ATENDIMENTOS NO SUS A BENEFICIÁRIOS VINCULADOS A PLANOS DE SAÚDE NÃO REGULAMENTADOS?

Sim. A cobrança do ressarcimento ao SUS de atendimentos de beneficiários de planos não regulamentados, contratados em data anterior à vigência da Lei 9.656/98, não implica retroatividade do ressarcimento, previsto no art. 32 do mesmo instrumento legal. Essa obrigação tem como fato ensejador o atendimento no SUS e não a celebração do contrato de plano de saúde, que é apenas um dos requisitos para a sua configuração. O ressarcimento ao SUS somente implicaria retroatividade se fossem cobrados os atendimentos realizados em data anterior à vigência da Lei, o que não é o caso. Dessa forma, não estão excluídos dessa obrigação os atendimentos cobertos por contratos antigos.

2.3.4. O BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE TEM DIREITO AO SUS?

Sim. O ressarcimento ao SUS em nada prejudica, limita ou afeta o direito de todos e dever do Estado, previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988, de acesso universal e igualitário aos serviços correlatos à saúde. A norma do art. 32 da Lei 9.656/98 busca evitar o enriquecimento sem causa das operadoras, que já receberam de seus beneficiários o valor para custear esse atendimento, sem implicar, contudo, qualquer ônus para o usuário do SUS.

2.3.5. É DEVIDO O RESSARCIMENTO AO SUS NOS CASOS EM QUE O BENEFICIÁRIO PROCURA O SERVIÇO POR LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE?

Sim. O art. 32 da Lei 9.656/1998 não exige a constatação de qualquer motivo para a utilização do SUS, sendo irrelevante que o beneficiário tenha procurado o atendimento por livre e espontânea vontade.

2.3.6. É DEVIDO O RESSARCIMENTO AO SUS NOS ATENDIMENTOS REALIZADOS FORA DA REDE ASSISTENCIAL DA OPERADORA OU SEM A OBSERVÂNCIA DE MECANISMOS CONTRATUAIS DE REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Sim. O atendimento ao beneficiário fora da rede assistencial da operadora é inerente à natureza do ressarcimento. Não são relevantes os procedimentos contratuais de regulação do acesso aos serviços de assistência à saúde, como a exigência de solicitação ou de autorização prévia ou a necessidade de exibição de documento de identificação do beneficiário.

2.3.7. OS DADOS CONSTANTES DO ABI SÃO SUFICIENTES PARA A OPERADORA IDENTIFICAR O BENEFICIÁRIO E OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS?

Sim. O Ofício ABI, documento que materializa a intimação da operadora do ato administrativo de identificação de atendimentos realizados no SUS aos seus beneficiários, contempla todas as informações necessárias à operadora para identificação do beneficiário, por meio do seu código, da data de nascimento e do Código de Controle Operacional – CCO, além de dados do prestador, dos procedimentos realizados e dos valores a serem ressarcidos. Esse documento goza das presunções de veracidade e de legitimidade, sendo ônus da interessada demonstrar eventual irregularidade.

Cabe ressaltar que as normas de Deontologia Médica, como forma de proteção à confidencialidade da relação médico-paciente, obstam a retirada do estabelecimento de saúde de original ou de cópia do prontuário médico. Isso, contudo, não viola o direito constitucional à ampla defesa, pois a operadora, caso entenda necessário, pode auditar in loco o prontuário de saúde por meio de profissional de saúde credenciado, de acordo com as normas da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Medicina.

2.3.8. COMO É FEITA A COBRANÇA DOS ATENDIMENTOS NO SUS?

A ANS identifica as internações e os atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade realizados no SUS, faturados, respectivamente, por meio de AIH e de APAC.

No caso da AIH, a competência refere-se ao mês de faturamento e o prestador tem até 6 meses após o atendimento para apresentar as AIHs para pagamento. Portanto, podem coexistir AIHs com número idêntico, competências diferentes ou não, mas com datas de saída distintas. São as chamadas AIH de continuidade.

Alguns procedimentos em AIH têm seu valor zerado na própria tabela de procedimentos do SUS. Eles funcionam como um marcador que diferencia a sistemática de faturamento dos procedimentos apresentados naquela AIH, que foram pagos pelo SUS conforme regras específicas para cada caso. Ressalte-se, porém, que isso não afasta a obrigação de ressarcimento dos demais procedimentos constantes da AIH, os quais foram realizados e pagos pelos SUS.

Por sua vez, a APAC possui um número de série que funciona como uma chave dentro do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, permitindo a cobrança de atendimentos por até três meses consecutivos, que são chamados de competências (APAC de continuidade). Essas cobranças contínuas ocorrem quando o procedimento principal da APAC corresponde a um tratamento contínuo. Assim, cada número de série de APAC, associado à identificação do mês de sua competência, constitui uma unidade de cobrança.

2.3.9. COMO É COMPROVADO O PAGAMENTO DOS ATENDIMENTOS NO SUS?

Os dados da AIH ou da APAC são apresentados pelos profissionais de saúde do prestador, autorizados pelo gestor, processados pelo Datasus e seus valores efetivamente pagos pelo SUS, gozando de presunção de veracidade e legitimidade. À ANS cabe estabelecer as normas e conduzir o processo de ressarcimento ao SUS, cujos valores ressarcidos são destinados ao Fundo Nacional de Saúde, conforme legislação vigente.

2.3.10. O QUE É O ÍNDICE DE VALORAÇÃO DO RESSARCIMENTO – IVR?

O IVR é o índice estabelecido pela RN nº 251/2011, que alterou o art. 4º da RN 185/2008, mantido pela RN 367/2014, utilizado para determinar o valor a ser ressarcido pela operadora. O valor cobrado no ressarcimento ao SUS é o resultado da multiplicação do IVR, estipulado em 1,5, pelo valor lançado na AIH ou na APAC. Esclareça-se, por oportuno, que esse valor é obtido em consonância com as regras de valoração do SUS e com a Tabela de Procedimentos Unificada do SIA/SUS e do SIH/SUS.

Cabe esclarecer ainda que, seguindo as referidas regras de valoração, os valores de tabela podem ser majorados por incrementos, incentivos e outros acréscimos em função de diversos critérios, como habilitação da unidade prestadora, caracterização do estabelecimento como de referência, tempo de internação, nota de avaliação do estabelecimento, entre outros. Ressalta-se que nem todos esses acréscimos estão previstos expressamente na citada tabela.

2.3.11. O RESSARCIMENTO AO SUS ESTÁ SUJEITO À PRESCRIÇÃO?

Não. O Tribunal de Contas da União – TCU, nos termos do acórdão 502/2009, interpretou o art. 37, § 5º, parte final, da Constituição Federal de 1988, entendeu que as ações de ressarcimento ao erário são imprescritíveis, sendo obrigação da ANS promover a notificação e cobrança regularmente.

2.3.12. O QUE SÃO AS APACS DE LEGADO?

Por determinação do TCU, iniciou-se, em 2017, a cobrança dos atendimentos ambulatoriais realizados entre abril de 2012 e dezembro de 2013. Assim, para cobrar essas APACs, denominadas de legado, foram lançados os 60º, 62º, 64º, 66º, 68º, 70º e 72º ABIs.

3. MOTIVOS DE IMPUGNAÇÃO OU RECURSO

3.1. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA IMPUGNAÇÃO OU RECURSO

As orientações contidas neste tópico, baseadas na IN DIDES nº 54/2014 e em seus anexos, são exemplificativas, não esgotando as formas possíveis de comprovação das alegações.

Não são 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.

Também não são considerados como prova documentos unilaterais, tais como: mera impressão de tela de consulta a sistema da operadora, de lista de movimentação de beneficiários e de outros documentos afins.

Qualquer declaração do beneficiário identificado 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.

Este tópico está organizado com ênfase nos documentos comprobatórios de forma específica para cada motivo de impugnação ou recurso.

Por oportuno, ressalta-se que a natureza do motivo, administrativa ou técnica, é determinada pela necessidade ou não de auditoria in loco do prontuário do atendimento para sua comprovação. Dessa maneira, o mesmo motivo pode ter natureza administrativa em um caso e técnica em outro.

Por fim, recomenda-se a leitura prévia do tópico 2.2 deste Guia que trata do contrato e demais documentos de vinculação do beneficiário.

3.2. BENEFICIÁRIO EM CARÊNCIA

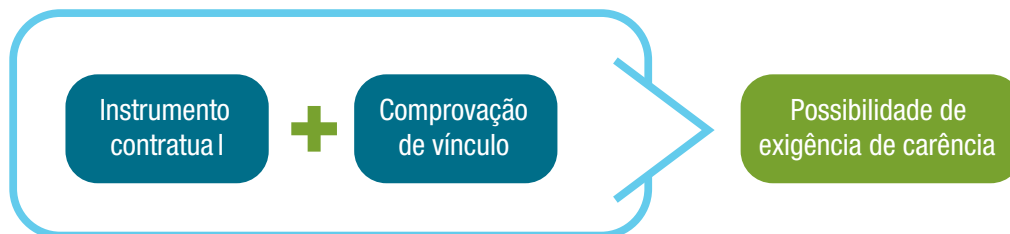
Para comprovar que o beneficiário identificado cumpria carência contratual na época do atendimento no SUS, a operadora deve demonstrar:

- 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, que no caso de planos regulamentados deve ser limitado aos períodos previstos pela Lei 9.656/98.

Regra geral:

Em todos os casos, é necessário apresentar o instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário, previstos no tópico 2.2 deste Guia.

Infográfico 3: Documentos comprobatórios – beneficiário em carência (regra geral)



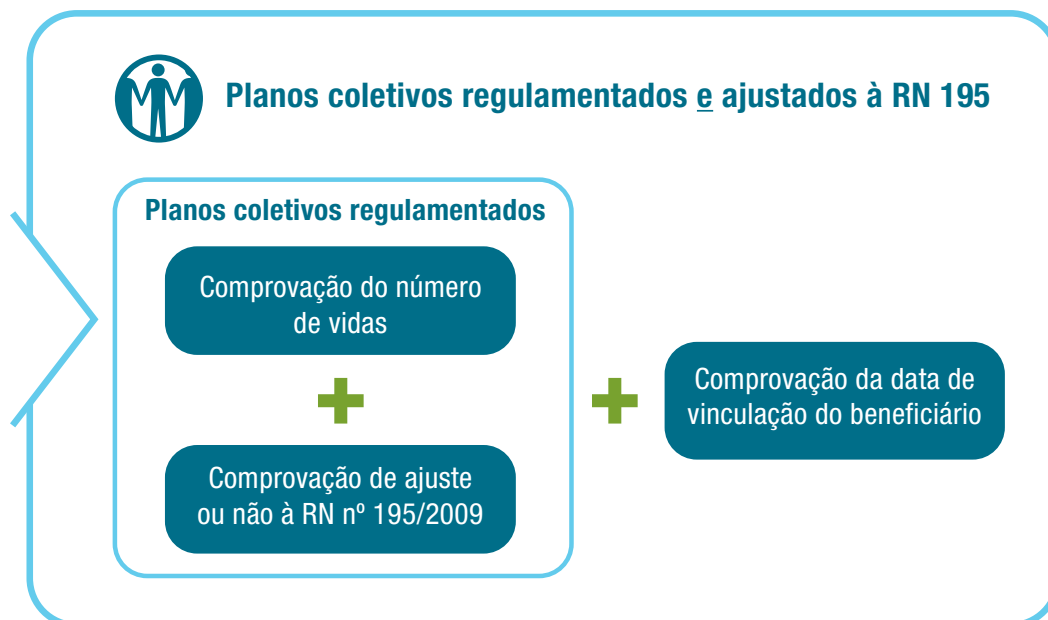
Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.2.1. PLANOS COLETIVOS

Além dos documentos previstos na regra geral, deve-se comprovar:

- a) o número de vidas, por meio de cópia de nota fiscal ou de 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 195/2009, por meio de declaração da pessoa jurídica contratante, de aditivo contratual ou de outro documento similar que ateste a não adequação ou a data em que foi adequado; e
- c) ainda, em caso de plano ajustado à RN 195/2009, a data de vinculação do beneficiário à pessoa jurídica contratante, por meio de declaração do contratante ou de declaração do beneficiário identificado ou do titular; ou do contrato de trabalho; ou da Carteira de Trabalho e Previdência Social; ou de termo de posse de cargo público.

Infográfico 4: Documentos comprobatórios – beneficiário em carência (planos coletivos)



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.2.2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

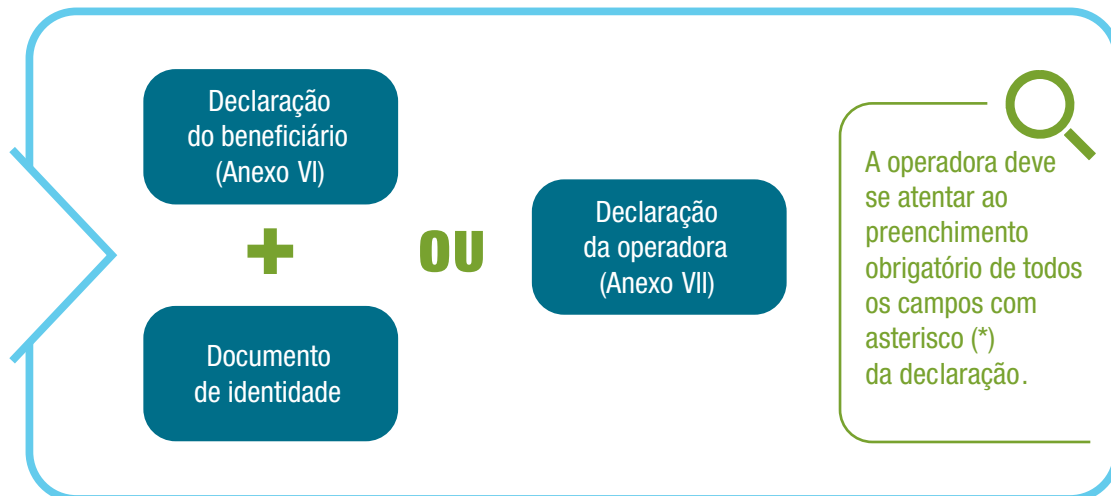
Além dos documentos citados nos itens anteriores, nos casos em que for necessário demonstrar que o atendimento não foi de urgência/emergência para afastar a incidência do prazo de 24 horas de carência, será necessário apresentar laudo de auditoria assistencial que conteste o caráter do atendimento.

3.3. PACIENTE ATENDIDO NÃO É BENEFICIÁRIO DE PRODUTO DA OPERADORA (HOMÔNIMO)

A operadora deve comprovar sua alegação por meio de:

- a) declaração devidamente assinada pelo beneficiário identificado, conforme modelo constante do Anexo VI da IN DIDES nº 54/2014, e cópia de documento de identidade; ou
- b) declaração da operadora, devidamente assinada pelo representante legal, conforme Anexo VII da IN DIDES nº 54/2014.

Infográfico 5: Documentos comprobatórios – homônimo



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.4. PRODUTO NÃO COBRE PROCEDIMENTO

A operadora deve comprovar que o procedimento não está coberto pelo produto, por meio da apresentação do instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário (ver tópico 2.2 deste Guia), bem como do laudo de auditoria assistencial, se necessário.

Infográfico 6: Documentos comprobatórios – procedimento não coberto



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

Cabe esclarecer que os atendimentos identificados no ressarcimento ao SUS são aqueles que constam da cobertura mínima obrigatória estabelecida pela ANS por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Para planos não regulamentados, a análise desse motivo é baseada na cobertura assistencial prevista contratualmente.

Saliente-se que a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS não segue a padronização do Rol quanto à nomenclatura dos procedimentos. Nesse sentido, aponta-se que alguns procedimentos identificados relacionados a acompanhamentos ambulatoriais podem se referir a consultas, avaliações ou acompanhamentos, com ou sem a realização de exames. Vale esclarecer ainda que a segmentação ambulatorial cobre as consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

3.5. ATENDIMENTO FORA DA ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PRODUTO

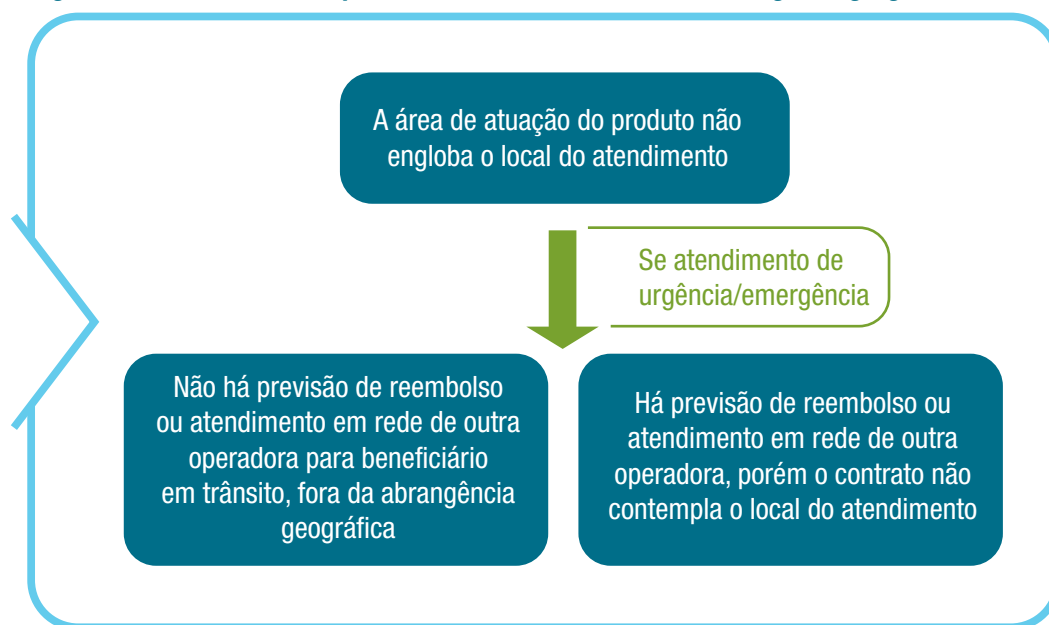
Para comprovar que o atendimento ocorreu fora da abrangência geográfica do produto, a operadora deve demonstrar, por meio da apresentação do instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário (ver tópico 2.2 deste Guia), que o local do estabelecimento de saúde onde foi prestado o atendimento identificado não faz parte da área de atuação do produto contratado.

Em se tratando de atendimento de urgência/emergência, os documentos também devem demonstrar que o contrato:

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

De forma resumida, para comprovar a alegação em questão, os documentos devem demonstrar que:

Infográfico 7: Documentos comprobatórios – atendimento fora da abrangência geográfica



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.6. QUANTIDADE DE PROCEDIMENTO NÃO COBERTA PELO PRODUTO

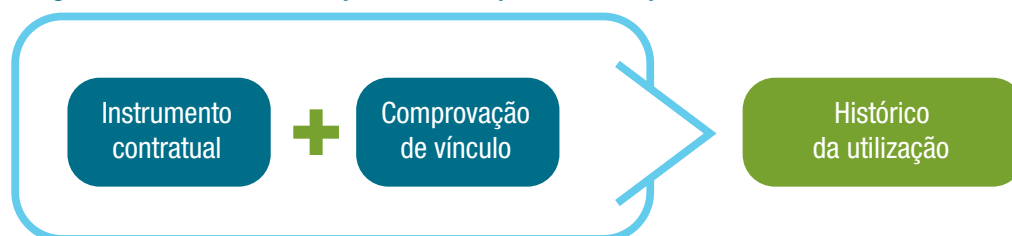
A operadora deverá demonstrar, por meio das cláusulas contratuais e baseada na legislação vigente, a limitação de cobertura aplicada ao atendimento em análise.

Em todos os casos, é necessário apresentar o instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário citados no tópico 2.2 deste Guia.

Além disso, nos casos em que for necessário considerar a quantidade já utilizada do procedimento, a operadora deverá comprovar os atendimentos anteriores (histórico da utilização), 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.

Infográfico 8: Documentos comprobatórios – quantidade de procedimento não coberta



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

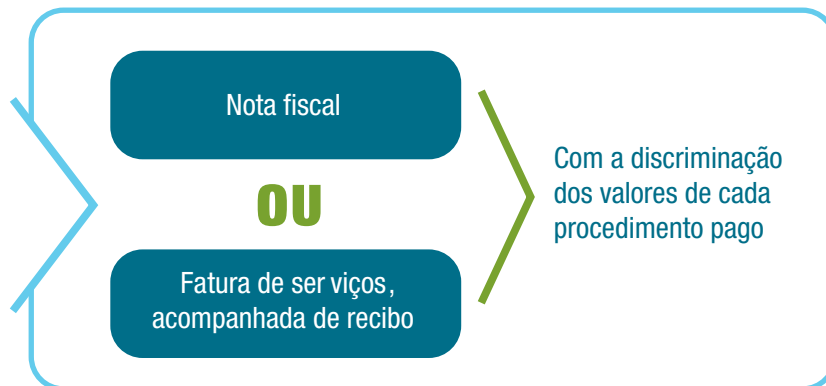
Por oportuno, ressalta-se que a Lei nº 9.656/98 veda a limitação de prazo, valor máximo e quantidade quando se tratar de internação hospitalar. Além disso, a lei prevê, para a segmentação ambulatorial, a cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como os serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.

3.7. ATENDIMENTO JÁ PAGO PELA OPERADORA

Para comprovar que o atendimento já foi pago, a operadora deve demonstrar pagamento por atendimento idêntico, realizado na mesma data do atendimento pelo SUS e ao mesmo paciente por meio de:

- a) nota fiscal de pagamento de serviços de assistência à saúde, que discrimine os valores de cada procedimento pago; ou
- 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.

Infográfico 9: Documentos comprobatórios – atendimento já pago pela operadora



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

Por oportuno, cabe ressaltar que a mera apresentação de guia de solicitação médica autorizada ou tela de sistema não é suficiente para comprovar o pagamento.

3.8. FRANQUIA OU COPARTICIPAÇÃO

Para comprovar que incide fator moderador sobre os valores dos serviços prestados ao beneficiário identificado, a operadora deve apresentar o instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário (ver tópico 2.2 deste Guia).

É necessário apresentar também a memória de cálculo para demonstrar o valor que se entende devido. Saliente-se que o formulário de impugnação/recurso possui campo específico para tal:

Figura 16: Formulário de impugnação ou recurso – memória de cálculo

Memória de cálculo⁴:

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

Assim, os documentos comprobatórios são:

Infográfico 10: Documentos comprobatórios – franquia ou coparticipação



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

Orienta-se ainda indicar a página, a cláusula, o item ou qualquer outra referência que permita identificar o trecho do documento que supostamente justifica ou sustenta a alegação.

Figura 17: Formulário de impugnação ou recurso – documentos comprobatórios

Documento(s) comprobatório(s):

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

O pedido da operadora deve ser formulado de acordo com os motivos alegados, considerando as situações propostas:

Figura 18: Formulário de impugnação ou recurso – pedido

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\$ _____.

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

O pedido selecionado no formulário de impugnação é relevante para a análise realizada no processo administrativo do ressarcimento ao SUS, conforme as possíveis situações de impugnação, exemplificadas abaixo:

Tabela 1: Franquia ou coparticipação – pedido da operadora, desconto concedido e decisão da ANS

Pedido da operadora	Desconto concedido na análise	Decisão da ANS
• Retificação do valor	Exatamente o valor pedido	Deferimento com desconto
• Anulação da identificação		Indeferimento com desconto
• Anulação da identificação ou, subsidiariamente, retificação do valor		

• Anulação da identificação • Retificação do valor • Anulação da identificação ou, subsidiariamente, retificação do valor	Nenhum	Indeferimento
• Retificação do valor • Anulação da identificação • Anulação da identificação ou, subsidiariamente, retificação do valor	Inferior ao valor pedido	Indeferimento com desconto
• Retificação do valor • Anulação da identificação • Anulação da identificação ou, subsidiariamente, retificação do valor	Superior ao valor total do atendimento identificado*	Anulação da cobrança*

* O valor remanescente do atendimento será igual a R\$ 0,00.

Fonte: AINS, elaboração própria, 2019.

Vale lembrar que os contratos de plano de saúde devem informar clara e previamente ao consumidor os mecanismos de regulação adotados, conforme art. 4º, I, “a”, da Resolução CONSU nº 8/98.

Nesse sentido, a utilização de termos genéricos cuja definição não foi estabelecida nos dispositivos contratuais, tais como exames ou procedimentos “simples”, “especiais”, “complexos”, entre outros, não permite determinar qual o valor/percentual de franquia/coparticipação a ser aplicado em casos concretos, o que inviabiliza a análise do mérito no processo administrativo de ressarcimento ao SUS.

Cabe mencionar também que a Resolução CONSU nº 8/98 veda algumas práticas, conforme disposto em seu art. 2º. Numa análise sistemática do normativo mencionado, depreende-se que, caso a operadora opte por franquia/coparticipação como fator moderador, o valor, no caso de internação, deve ser único, monetário e, logo, invariável.

Ressalte-se que a cobrança de coparticipação por dia de internação se enquadra na vedação estabelecida pelo

art. 2º, inciso VIII, da Resolução CONSU nº 8/98, pois consiste em uma proporção dos valores cobrados durante a internação. Assim sendo, tal coparticipação varia em relação direta com o período de internação, de forma análoga à coparticipação em percentual.

3.9. CADASTRO – BENEFICIÁRIO EXCLUÍDO, SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO, TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA E INCLUSÃO POSTERIOR AO ATENDIMENTO

As normas do Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS preceituam que é obrigação das operadoras encaminhar mensalmente à ANS as informações de beneficiários referentes às alterações, inclusões, reinclusões e exclusões dos seus beneficiários. O atendimento no SUS ao beneficiário ativo no SIB/ANS na data do processamento das rotinas de identificação será objeto de notificação no ABI.

Cabe esclarecer que, em caso de internação, como a cobrança é feita por pacote, se o beneficiário se encontrar ativo no plano na data inicial do atendimento, o atendimento será cobrado de forma integral. Os valores do atendimento realizado somente serão cobrados de forma proporcional em caso de internação psiquiátrica (diária), quando será concedido o desconto do período de internação posterior à exclusão ou anteriores a inclusão do beneficiário. Nos casos de procedimentos de alta complexidade faturados por APAC, o desconto será dado para as competências (meses) posteriores à suspensão/rescisão do contrato ou anteriores a inclusão do beneficiário.

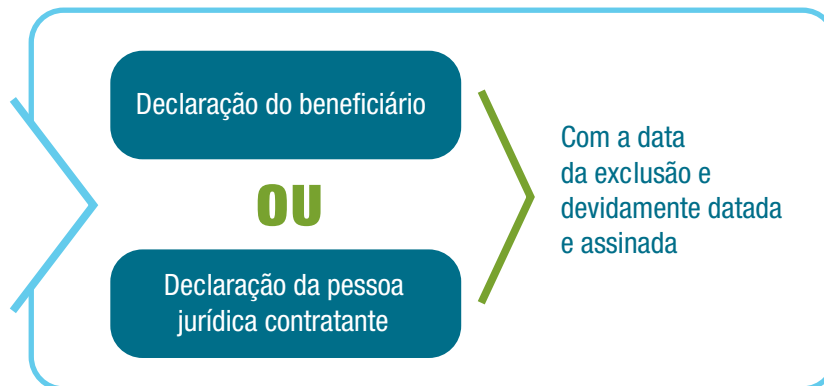
Em todos os casos, para comprovar a alegação, é necessário apresentar o instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário, previstos no tópico 2.2 deste Guia. Além dessa documentação, a operadora deve apresentar:

3.9.1. NO CASO DE EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO:

Regra geral:

- a) declaração do beneficiário, com a data da exclusão; ou
- b) declaração da pessoa jurídica contratante, informando a data da exclusão.

Infográfico 11: Documentos comprobatórios – exclusão de beneficiário

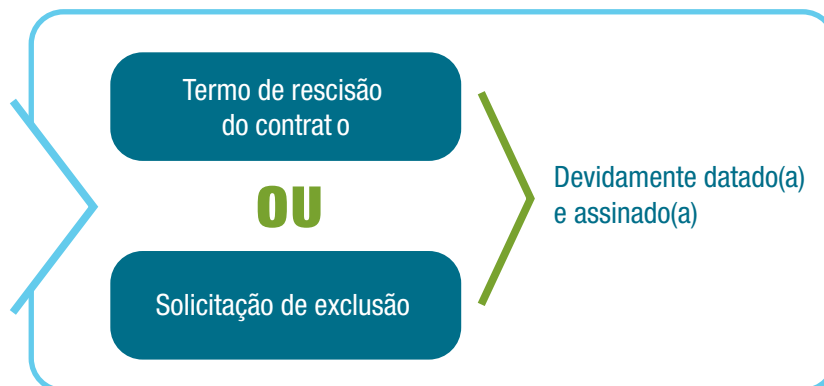


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.1.1. EXCLUSÃO A PEDIDO

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

Infográfico 12: Documentos comprobatórios – exclusão a pedido

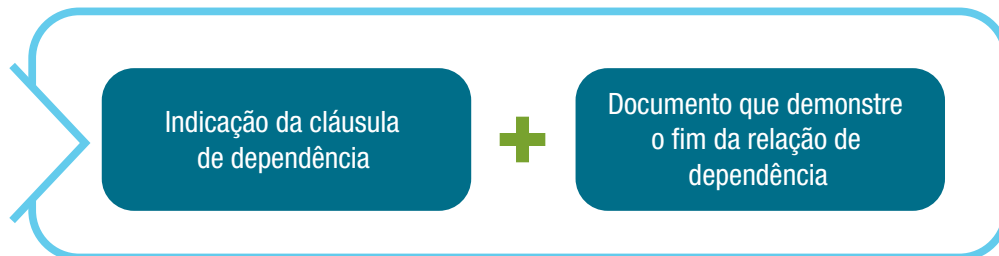


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.1.2. EXCLUSÃO POR FIM DA RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

- a) indicação da cláusula de dependência; e
- b) qualquer outro documento adicional necessário para a demonstração do fim da relação de dependência.

Infográfico 13: Documentos comprobatórios – exclusão por fim da relação de dependência

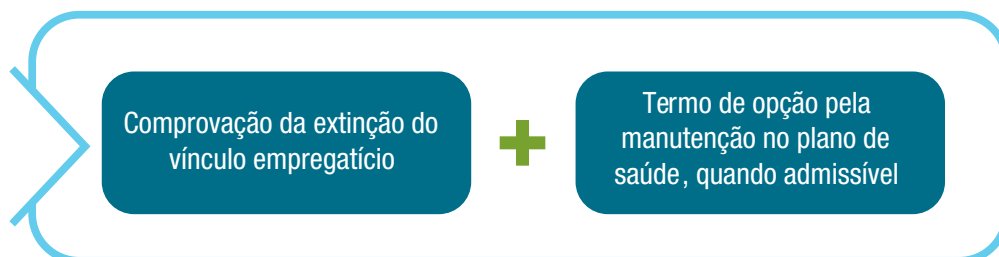


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.1.3. 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 9.656/98

- a) documento que comprove a extinção do vínculo empregatício: 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
- b) 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.

Infográfico 14: Documentos comprobatórios – exclusão por extinção do vínculo empregatício ou em razão dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98

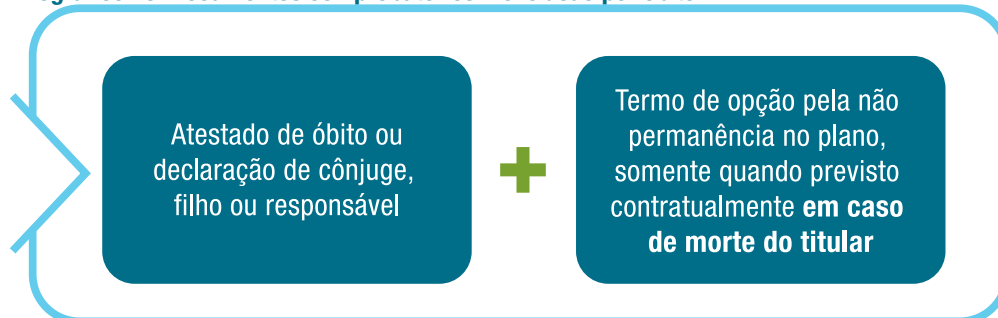


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.1.4. EXCLUSÃO POR ÓBITO DO TITULAR OU DO BENEFICIÁRIO

- a) documento que comprove o óbito do titular ou do beneficiário, como atestado de óbito ou declaração de cônjuge, filho ou responsável; e
- b) em caso de morte do titular, termo de opção pela não permanência no plano após a morte do titular, caso o contrato preveja a possibilidade de permanência.

Infográfico 15: Documentos comprobatórios – exclusão por óbito



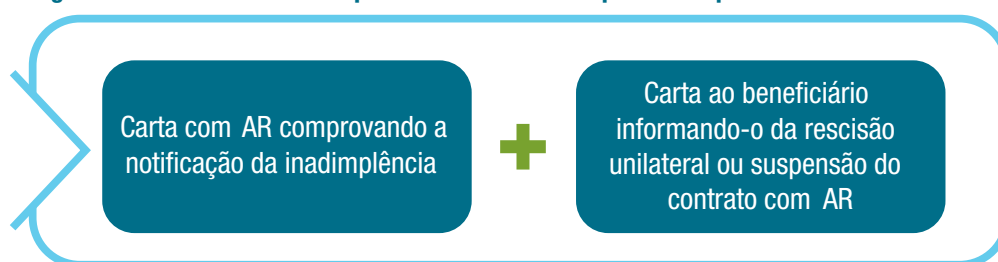
Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.1.5. EXCLUSÃO POR INADIMPLÊNCIA

I - Plano individual ou familiar, nos termos do inciso II, parágrafo único, do art. 13 da Lei nº 9.656/98:

- a) carta ao beneficiário notificando-o da inadimplência e informando sobre a possibilidade de rescisão unilateral do contrato em caso de não quitação dos débitos, acompanhada do respectivo Aviso de Recebimento – AR; e
- b) carta ao beneficiário informando-o da rescisão unilateral ou suspensão do contrato do plano de assistência à saúde, acompanhada do respectivo AR.

Infográfico 16: Documentos comprobatórios – exclusão por inadimplência



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

II - Plano coletivo

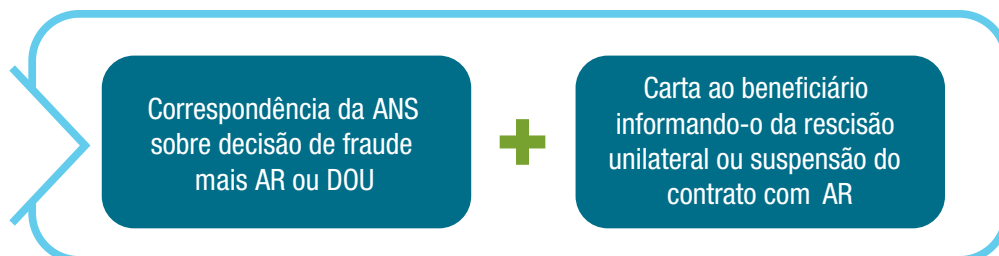
Deve ser comprovada conforme as condições de suspensão ou rescisão previstas na forma contratada.

Condições de suspensão ou rescisão na forma contratada

3.9.1.6. EXCLUSÃO POR FRAUDE DO BENEFICIÁRIO EM DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- a) correspondência da ANS de notificação ao beneficiário da decisão do processo administrativo de fraude em declaração de saúde, acompanhada de respectivo AR da correspondência, ou publicação no Diário Oficial da União – DOU 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.

Infográfico 17: Documentos comprobatórios – exclusão por fraude em declaração de saúde

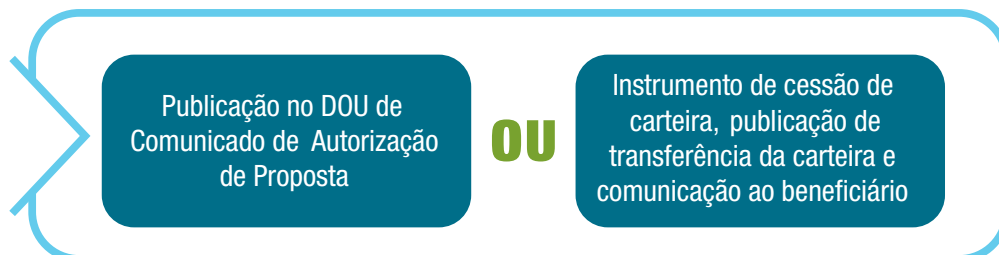


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.1.7. EXCLUSÃO POR TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA

- a) publicação no DOU 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.

Infográfico 18: Documentos comprobatórios – exclusão por transferência de carteira

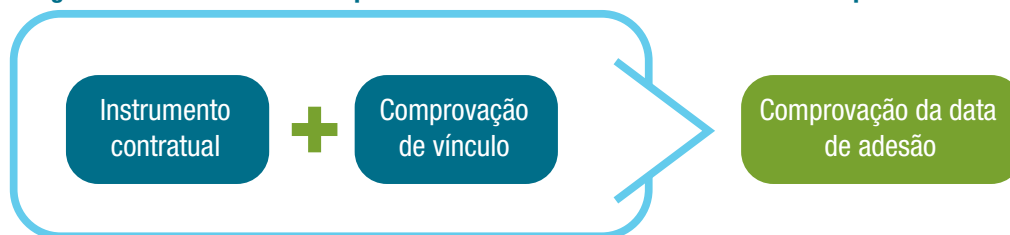


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.9.2. NO CASO DE INCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO EM DATA POSTERIOR AO ATENDIMENTO:

No caso de inclusão do beneficiário em data posterior ao atendimento, a operadora deverá demonstrar a data de adesão do beneficiário ao contrato, por meio dos documentos exemplificados no tópico 2.2 deste Guia.

Infográfico 19: Documentos comprobatórios – inclusão de beneficiário em data posterior ao atendimento



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.10. COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA – CPT

De acordo com os incisos I e II, do art. 2º, da RN nº 167/2007, Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP são aquelas das quais o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofridor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, conforme o art. 11 da Lei nº 9.656/98, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9.961/2000 e as diretrizes estabelecidas pela própria RN em questão.

Também nos termos da RN nº 167/2007, Cobertura Parcial Temporária – CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 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.

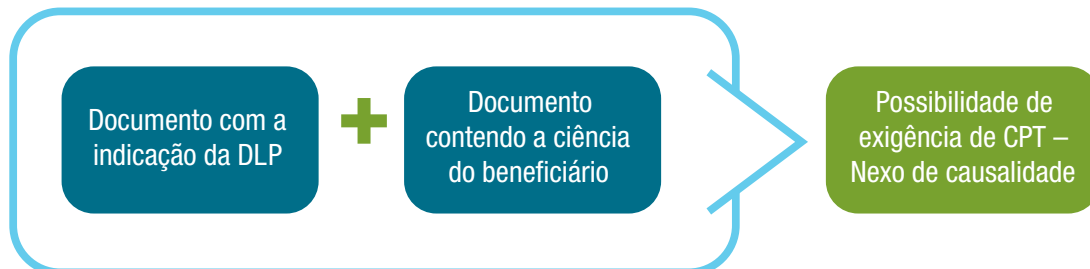
O art. 6º, § 1º, da mesma RN estabelece que, caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer CPT. O oferecimento de CPT neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção. Cumpre enfatizar que o oferecimento de cobertura parcial temporária para as DLP identificadas deve estar claro nos instrumentos contratuais.

Em todos os casos, a operadora deve juntar em sua defesa o instrumento contratual e demais documentos de vinculação do beneficiário, conforme discutido no tópico 2.2 deste Guia. Além disso, a operadora deve apresentar:

3.10.1. PLANOS REGULAMENTADOS

- a documento com a indicação da DLP: declaração de saúde; laudo de perícia médica realizada à época da adesão; ou decisão em processo administrativo da ANS sobre doença ou lesão preexistente omitida em declaração de saúde do beneficiário;
- b documento contendo a ciência do beneficiário quanto à DLP e à CPT no momento da adesão ao produto; e
- c) o nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP.

Infográfico 20: Documentos comprobatórios – CPT – planos regulamentados



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

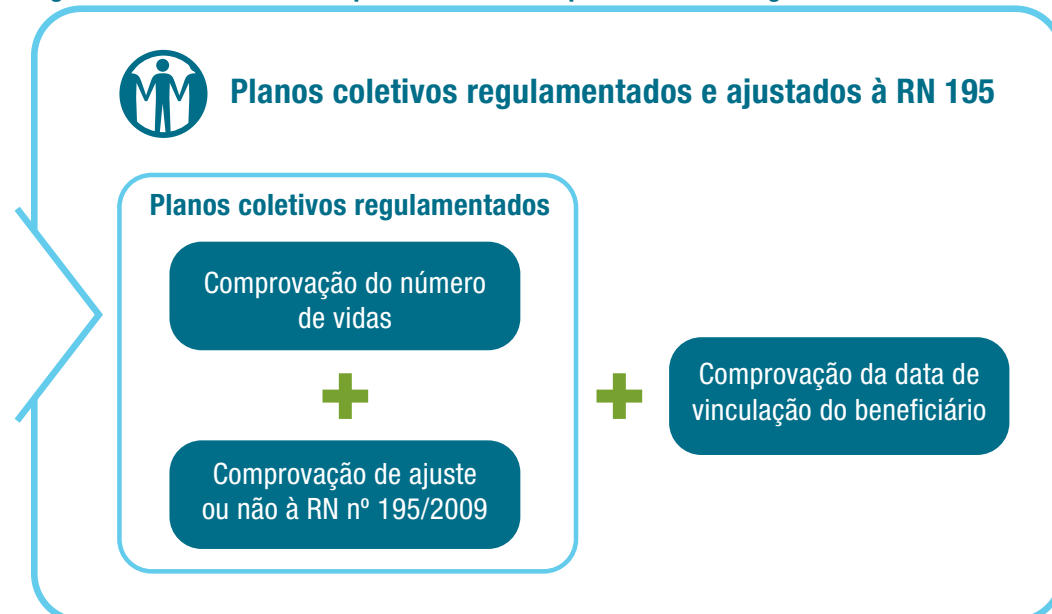
Em caso de planos coletivos, além dos documentos previstos no item 3.10.1, devem ser apresentadas:

- a) comprovação do número de vidas: 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) comprovação de ajuste ou não do contrato à RN nº 195/2009: declaração da pessoa jurídica contratante, aditivo contratual ou outro documento similar que ateste a não adequação ou a data em que foi adequado; e

Em caso de plano ajustado à RN 195/2009, também deve ser demonstrada:

- c) comprovação da data de vinculação do beneficiário à pessoa jurídica contratante: declaração do contratante; ou declaração do beneficiário identificado ou do titular; ou contrato de trabalho; ou Carteira de Trabalho e Previdência Social; ou termo de posse de cargo público.

Infográfico 21: Documentos comprobatórios – CPT – planos coletivos regulamentados

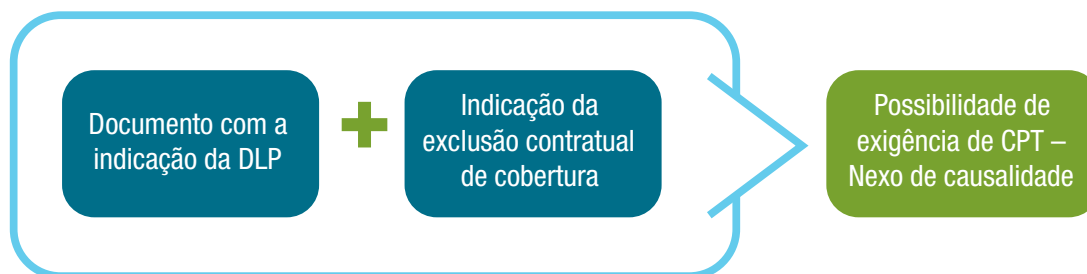


Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.10.2. PLANOS NÃO REGULAMENTADOS

- a) documento com a indicação da DLP: cópia da declaração de saúde; ou laudo de perícia médica realizada à época da adesão; ou documento equivalente;
- b) indicação da exclusão contratual de cobertura de atendimento decorrente de DLP; e
- c) o nexo de causalidade entre o atendimento identificado e a DLP.

Infográfico 22: Documentos comprobatórios – CPT – planos não regulamentados



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.11. OUTRAS ALEGAÇÕES DE NATUREZA TÉCNICA

Para a análise dos motivos técnicos alegados, é essencial a apresentação de laudo de auditor assistencial, conforme modelo do Anexo VIII da IN DIDES nº 54/2014, contendo argumentação técnica devidamente fundamentada em auditoria in loco do 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:

Figura 19: Documentos comprobatórios – laudo de auditor assistencial

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].

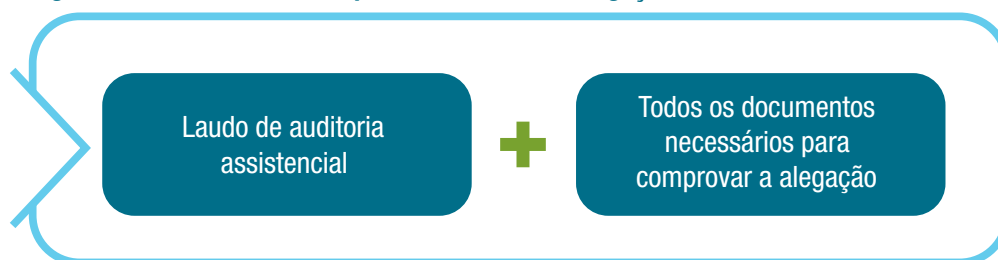
(assinatura do auditor)

Observação: todos os campos devem ser preenchidos.

Fonte: ANS, IN DIDES nº 54/2014, Anexo III.

Além do laudo de auditoria assistencial, a operadora deverá apresentar todos os documentos necessários para comprovar sua alegação.

Infográfico 23: Documentos comprobatórios – outras alegações de natureza técnica



Fonte: ANS, elaboração própria, 2019.

3.12. OUTRAS ALEGAÇÕES DE NATUREZA ADMINISTRATIVA

No processo administrativo de ressarcimento ao SUS, estão garantidos à operadora a ampla defesa e o contraditório. Nesse sentido, cabe apontar que as orientações para impugnação ou recurso constantes do Anexo V da IN DIDES nº 54/2014 são exemplificativas, não esgotando as formas possíveis de comprovação das alegações.

O motivo “Outras alegações de natureza administrativa” está previsto para possibilitar à operadora se defender em relação a um atendimento identificado alegando qualquer outro motivo, além daqueles também incluídos no Anexo IV da referida IN (carência, atendimento fora da abrangência geográfica, franquia/coparticipação, entre outros).

Ademais, o ressarcimento ao SUS é considerado um processo dinâmico, com influência e dependência de diversos atores, sujeito, portanto, a situações não previstas anteriormente, publicação de novos normativos, alterações nas regras do SUS, inclusão de procedimentos, entre inúmeras outras circunstâncias.

Nesse sentido, a previsão desse motivo objetiva reconhecer e respeitar a liberdade de petição das operadoras. Seja qual for a alegação apresentada, o ônus da prova é da operadora, que deve apresentar:

Todos os documentos que julgar necessários para comprovar a alegação

Observa-se, no entanto, que comumente esse motivo é utilizado pelas operadoras para alegações procrastinatórias, tais como: inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS, atendimento realizado fora da rede assistencial da operadora, beneficiário de plano de saúde tem direito a utilizar o SUS, entre outras.

Como dito, é direito da operadora alegar qualquer motivo, porém é importante frisar que as operadoras devem estar atentas à possibilidade de fluência de juros moratórios e, por óbvio, evitar tais impugnações e recursos com caráter meramente procrastinatórios.

Algumas alegações procrastinatórias foram discutidas no item 2.3 deste Guia.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



Use a opção do código
para ir ao portal da ANS



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ