

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 66, DE 03 DE MAIO DE 2001

Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde.

[\[Correlações\]](#)

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327 de 5 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto na Portaria Interministerial nº 553, de 13 de junho de 2000, dos Ministérios da Saúde e da Fazenda, e da competência definida no inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 17 de abril de 2001, e

Considerando a política de controle da evolução de preços adotada pela ANS, com foco principal nos planos individuais e familiares e nos planos contratados por pessoas físicas junto a autogestões não patrocinadas, mantendo sob monitoramento permanente a operação das demais modalidades de planos, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º As autorizações para reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde que tenham o início do período de referência para aplicação de **reajuste entre os meses de maio de 2001 e abril de 2002** obedecerão ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. Por período de referência para aplicação de reajuste entende-se o período de 12 (doze) meses ao longo do qual serão reajustados os contratos da operadora nas suas respectivas datas de aniversário.

Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes nos planos contratados por pessoas físicas, assim considerados os planos individuais ou familiares e aqueles operados por entidades de autogestão não patrocinadas que sejam integralmente financiados pela contraprestação dos seus beneficiários.

§1º A autorização será formalizada mediante ofício indicando o percentual máximo a ser aplicado e o período a que se refere a autorização.

§2º Quando da aplicação dos reajustes autorizados pela ANS, deverá constar de forma clara e precisa, no boleto de pagamento enviado aos beneficiários, o percentual, o valor e o número do processo da ANS que autorizou o reajuste aplicado.

Art 3º O reajuste máximo a ser autorizado pela ANS para o período de que trata esta Resolução será de 8,71% (oito vírgula setenta e um por cento).

Parágrafo único. Os valores relativos às franquias ou co-participações não poderão sofrer reajuste em percentual superior ao autorizado pela ANS para a contraprestação pecuniária mensal.

Art. 4º Para obter a autorização para aplicação do percentual a que se refere o art. 2º as operadoras deverão encaminhar suas solicitações de reajuste, observadas as seguintes exigências:

I - encaminhamento da Solicitação de Reajuste e Termo de Responsabilidade, de acordo com os modelos que compõem os Anexos I e II;

II - as operadoras de planos de assistência médico-hospitalar com até 100.000 (cem mil) beneficiários, deverão manter, por 5 (cinco) anos, em planilhas disponíveis para verificação, as informações constantes no Anexo III;

III - as operadoras de planos de assistência médico-hospitalar com mais de 100.000 (cem mil) beneficiários, deverão manter, por 5 (cinco) anos, em planilhas disponíveis para verificação, as informações constantes no Anexo IV;

IV - as operadoras que operam exclusivamente planos odontológicos, com até 20.000 (vinte mil) beneficiários, deverão manter, por 5 (cinco) anos, em planilhas disponíveis para verificação, as informações constantes no Anexo V; e

V- as operadoras que operam exclusivamente planos odontológicos, com mais de 20.000 (vinte mil) beneficiários, deverão manter, por 5 (cinco) anos, em planilhas disponíveis para verificação, as informações constantes no Anexo VI.

§1º Para aplicação da regra contida nos incisos II a V, deverá ser considerado o número de beneficiários informados no cadastro da ANS 3 (três) meses antes da solicitação de reajuste.

§2º As informações relativas aos Anexos III a VI deverão estar auditadas por auditor independente, registrado na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, ficando facultado às operadoras de planos de assistência médico-hospitalar com até 100.000 (cem mil) beneficiários e às exclusivamente odontológicas com até 20.000 (vinte mil) beneficiários auditá-las por auditor independente, registrado no Conselho Regional de Contabilidade - CRC.

§3º A ANS se reserva no direito de disponibilizar as informações relativas aos nomes e registros profissionais dos responsáveis pela auditoria das informações.

§4º A ANS poderá exigir outras informações que julgue necessárias ao exame da solicitação.

Art. 5º Os reajustes dos planos coletivos sem patrocinador, assim considerados aqueles em que a integralidade das contraprestações são pagas pelos beneficiários diretamente à operadora, deverão ser protocolados na ANS, na forma dos Anexos VII e VIII, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do envio dos boletos de cobrança.

§ 1º Excepciona-se ao disposto no caput deste artigo os planos operados por autogestões não patrocinadas, caso em que se aplica a regra do art. 2º.

§ 2º O boleto de cobrança com a primeira parcela reajustada deverá conter as seguintes informações:

I - a informação de que se trata de um plano coletivo sem patrocinador;

II - a identificação do plano e o número do contrato ou da apólice; e

III - a informação de que o percentual de reajuste foi protocolado na ANS com 30 (trinta) dias de antecedência, por força do disposto nesta Resolução.

Art. 6º Os reajustes dos planos coletivos com patrocinador, assim considerados aqueles em que as contraprestações pecuniárias são total ou parcialmente pagas à operadora pela pessoa jurídica contratante, deverão ser protocolados na ANS, na forma dos Anexos VII e VIII em até 30 (trinta) dias após a sua aplicação.

Art. 7º Para fins do disposto no inciso I do artigo 35-E da Lei nº 9.656, de 23 de junho de 1998, fica previamente autorizado o reajuste do valor da contraprestação dos beneficiários com mais de 60 (sessenta) anos de idade em planos coletivos, no mesmo percentual das demais faixas etárias, desde que comunicado na forma prevista nos arts. 5º e 6º desta Resolução.

Parágrafo único A regra contida neste artigo não se aplica aos casos de variação do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária.

Art. 8º Todas as informações deverão ser prestadas na forma dos Anexos a esta Resolução, preenchidas de acordo com as instruções neles contidas, conforme modelos disponíveis na página da ANS na Internet, no endereço eletrônico www.ans.gov.br.

Art. 9º A existência de cláusula contratual entre a operadora e o beneficiário do plano, prevendo reajuste ou revisão das contraprestações pecuniárias e especificando fórmulas e parâmetros de cálculo das mesmas, não exime as operadoras do cumprimento do disposto nesta Resolução.

Art. 10. Não será devido o pagamento de contraprestação pecuniária que sofra alteração pela aplicação de reajuste sem observância do disposto nesta Resolução, não podendo ser considerado

como inadimplência o seu não pagamento.

Art. 11. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário

Oficial.

[ANEXO](#)

Anexo I -	Solicitação de Reajuste
Anexo II -	Termo de Responsabilidade
Anexo III -	Operadoras de planos de assistência à saúde médico-hospitalar até 100.000 beneficiários
Anexo IV -	Operadoras de planos de assistência à saúde médico-hospitalar com mais de 100.000 beneficiários.
Anexo V -	Reajuste para operadoras de assistência à saúde suplementar que operam exclusivamente Planos Odontológicos com até 20.000 beneficiários
Anexo VI -	Reajuste para operadoras de assistência à saúde suplementar que operam exclusivamente Planos Odontológicos com mais de 20.000 beneficiários
Anexo VII	Comunicação de Reajuste de Plano Coletivo
Anexo VIII	Planilha descritiva dos Planos Coletivos e suas respectivas entidades contratantes.

[\[Voltar\]](#)

[Correlações da RDC nº 66:](#)

[Lei nº 9.656](#), de 1998;

[Lei nº 9.961](#), de 2000;

[Decreto nº 3.327](#), de 2000;

[Portaria Interministerial nº 553](#), de 13 de junho de 2000, do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda.

[\[Voltar\]](#)