

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 509, DE 30 DE MARÇO DE 2022

(Republicado no DOU nº 90, de 13/05/2022, págs.128 a 130)

Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil

[\[Anexo\]](#) [\[Correlações\]](#) [\[Revogações\]](#)

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

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

- I – aos seus beneficiários titulares e dependentes; e
- II - às pessoas jurídicas contratantes de planos privados de saúde e às administradoras de benefícios.

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

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

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

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

§ 4º A operadora deverá providenciar diretamente ao beneficiário, titular ou dependente, e também à pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde, ou à administradora de benefícios, mediante solicitação formal, a expedição em material impresso das informações obrigatórias respectivas a cada um deles, conforme disposto nesta Resolução no prazo máximo de trinta dias, salvo se previsto prazo diverso nesta Resolução.

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

- I – a manutenção e atualização periódica das bases de dados;
- II – a preservação da estabilidade, segurança da informação e funcionalidade da rede e dos aplicativos, por meio de medidas compatíveis com os padrões técnicos estabelecidos para este fim; e
- III - medidas e procedimentos para a segurança e sigilo dos registros de conexão e dos dados.

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

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

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

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

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

- I – Componente Cadastral; e
- II – Componente Utilização dos Serviços.

Seção I
Do Componente Cadastral do PIN-SS

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

- I - nome do beneficiário;
- II - data de nascimento do beneficiário;
- III - número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário;
- IV - número da matrícula do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;
- V - código do registro da operadora na ANS;
- VI – nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da operadora;
- VII – nome empresarial (razão social) e título do estabelecimento (nome fantasia) da administradora de benefícios, quando houver;
- VIII – nome empresarial (razão social) ou denominação e título do estabelecimento (nome fantasia) da pessoa jurídica contratante do plano coletivo por adesão ou empresarial;
- IX - número do cadastro do plano privado de assistência à saúde na ANS;
- X - nome do plano privado de assistência à saúde;
- XI - número do contrato/ apólice;
- XII - informação sobre o tipo de contratação do plano privado de assistência à saúde, conforme disposto no inciso VII do art. 16, da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 e pelo art. 2º da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009;
- XIII - informação sobre a regulamentação do plano, entendendo-se por:
 - a) Plano Regulamentado – celebrado após 1º de janeiro de 1999;
 - b) Plano Não-regulamentado – celebrado até 1º de janeiro de 1999; ou
 - c) Plano Adaptado – celebrado até 1º de janeiro de 1999 e adaptado às regras da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV – data da contratação do plano de saúde;
- XV - data do início da cobertura contratual do beneficiário no plano privado de assistência à saúde;

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

- a) carência para procedimentos ambulatoriais;
- b) carência para procedimentos hospitalares;
- c) carência para o procedimento parto a termo; e
- d) carência para procedimentos odontológicos;

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

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

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

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

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

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

XXIII – informação sobre existência de compartilhamento da gestão de riscos para viabilizar o atendimento continuado do beneficiário no contrato, na forma de regulamentação própria da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que permite a assunção de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento, de forma continuada, dos beneficiários de outras operadoras por meio de intercâmbio operacional, convênio de reciprocidade ou outra forma de ajuste.

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

Seção II

Do Componente Utilização dos Serviços do PIN-SS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção III

Dos Aspectos Operacionais da Disponibilização do PIN-SS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II – a demonstração da memória de cálculo realizada para a definição do percentual de reajuste e o período de observação; e

III – o canal de atendimento da operadora para esclarecimento de dúvidas quanto ao extrato apresentado.

Parágrafo único. Na hipótese de o contrato estipulado prever um índice específico para o reajuste, a operadora deverá informar o valor referente ao período a que corresponde o reajuste.

Art. 16. Após a efetiva aplicação do reajuste, os beneficiários, titulares ou dependentes, poderão solicitar formalmente o extrato pormenorizado para a administradora de benefícios ou operadora, que terão o prazo máximo de 10 (dez) dias para seu fornecimento.

Art. 17. O disposto neste Capítulo aplica-se para todo tipo de agrupamento de contratos, devendo ser respeitadas as questões atinentes ao sigilo inerentes às informações de cada contrato coletivo.

CAPÍTULO IV DAS INFORMAÇÕES MÍNIMAS ACERCA DOS DIFERENTES TIPOS DE CONTRATAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE SAÚDE

Art. 18. As operadoras são obrigadas a disponibilizar, na área aberta de seu portal na internet, as informações mínimas acerca dos diferentes tipos de contratação de plano privado de saúde, conforme o Anexo I desta Resolução, sem prejuízo do disposto em outros normativos, inclusive o disposto na Instrução Normativa ANS nº 5, de 30 de março DE 2022, que dispõe sobre os instrumentos de orientação aos beneficiários, previstos no artigo 24 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 19. As operadoras são obrigadas a dar ciência aos seus beneficiários, titulares e dependentes, do número do Cartão Nacional de Saúde - CNS, conforme disposto na Portaria Ministério da Saúde nº 940, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde.

Art. 20. O número do CNS passa a ser conteúdo obrigatório dos cartões de identificação de planos privados de saúde, físicos ou digitais, emitidos a partir de 1º de agosto de 2016.

§ 1º Esta norma não obriga a substituição dos cartões físicos de planos de saúde que tenham sido emitidos em data anterior a 1º de agosto de 2016.

§ 2º A obrigação disposta neste artigo não afasta a obrigatoriedade de as operadoras informarem o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do beneficiário no Componente Cadastral do PIN-SS, na forma do inciso III do artigo 7º e do artigo 25 desta RN.

Art. 21. O cumprimento do disposto nesta Resolução não exime a operadora da observância de outras normas que tratem da divulgação de informações.

Art. 22. A Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES realizará monitoramento periódico para verificar o cumprimento do disposto nessa Resolução e utilizará essas informações para avaliação das operadoras e implemento de ações, conforme a ser definido em Instrução Normativa pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial.

Art. 23. O descumprimento do disposto nesta Resolução Normativa ensejará a aplicação das penalidades previstas neste artigo.

§ 1º Considera-se infração ao art. 92 da RN nº 489 de 29 de março de 2022, ou de norma que vier a sucedê-la:

- I - a não disponibilização do Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS ao conjunto de beneficiários da operadora; e
- II - o descumprimento do disposto nos arts. 19 e 20 desta RN.

§ 2º A negativa do fornecimento de informação pela operadora ou administradora de benefícios à Pessoa Jurídica Contratante, em não observância ao disposto no art. 14 desta Resolução, ensejará a aplicação da mesma penalidade estabelecida para a conduta de deixar de comunicar as informações obrigatórias ao beneficiário, prevista no art. 92 da RN nº 489 de 29 de março de 2022,, ou em norma que vier a sucedê-la.

Art. 24. Revoga-se a Resolução Normativa nº 389, de 26 de novembro de 2015.

Art. 25. As informações do componente Cadastral do PIN-SS deverão estar disponíveis ao beneficiário na data de início da vigência desta norma.

Art. 26. Esta Resolução Normativa entrará em vigor na data da publicação.

PAULO ROBERTO REBELLO FILHO
DIRETOR-PRESIDENTE

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

Oficial.

[ANEXO I](#)

CORRELAÇÕES:

[Lei nº 9.961, de 2000](#)

[Lei nº 8.078, de 1990](#)

A RN nº 509 Revogou:

[RN nº 389, de 2015](#)

[VOLTAR](#)

ANEXO I

Planos individuais ou familiares: São aqueles contratados diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.

Planos de saúde coletivos: Se dividem em empresarial e coletivo por adesão. Os empresariais são contratados em decorrência de vínculo empregatício para seus funcionários e por empresário individual. Os coletivos por adesão são contratados por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial para seus vinculados (associados ou sindicalizados, por exemplo). Na contratação destes planos pode haver a participação de Administradoras de Benefícios.

Tanto os planos individuais quanto os planos coletivos são regulados pela ANS e devem cumprir as exigências do órgão regulador com relação à assistência prestada e à cobertura obrigatória. Veja as particularidades de cada tipo:

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial	Plano Coletivo Empresarial contratado por Empresário Individual
Quem pode ingressar em um plano de saúde?	Qualquer indivíduo.	Indivíduo com vínculo à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial.	Indivíduo com vínculo a pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.	Empresário individual e indivíduos com vínculo a este por relação empregatícia e grupo familiar previsto no inciso VII do art. 5º da RN 195, de Somente poderá contratar quando comprovar o exercício profissional da atividade empresarial há pelo menos seis meses. A comprovação do efetivo exercício da atividade empresarial bem como dos requisitos de elegibilidade deverá ser efetuada anualmente, no mês de aniversário do contrato.
Carência	Até 24 horas para urgência e emergência*; 180 dias para demais casos (por exemplo, internação); e 300 dias para o parto a termo.	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato coletivo; não há carência para novos filiados que ingressarem no plano em até	Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos; a	Pode haver aplicação de carência. Quando houver, segue as regras do plano individual. Não há carência para indivíduos que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação a pessoa jurídica, em contratos com 30 ou mais indivíduos.

		30 dias do primeiro aniversário do contrato após a sua filiação; a aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	aplicação de carência, quando houver, segue as regras do plano individual.	
Cobertura parcial temporária (CPT) em caso de doença ou lesão preexistente (DLP)**	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP.	Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.	Por até dois anos, a partir da data de ingresso no plano, a operadora poderá suspender a cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos para DLP. Não poderá haver suspensão temporária da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos em contratos com 30 ou mais indivíduos, quando o indivíduo ingressar no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à pessoa jurídica.
Rescisão pela operadora:	A operadora poderá rescindir o contrato em caso de fraude ou por não pagamento de mensalidade a partir de 60 dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato. O	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão contratual e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de	A operadora poderá rescindir o contrato desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de	A operadora poderá rescindir o contrato imotivadamente após 12 meses desde que haja previsão em contrato e que valha para todos os associados. O beneficiário poderá ser excluído individualmente pela operadora em caso de fraude, perda de vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses, na data do aniversário

	consumidor deve ser notificado até o 50º dia da inadimplência	vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou por não pagamento. O contrato coletivo somente pode ser rescindido imotivadamente após a vigência do período de doze meses. A notificação deve ser feita com 60 dias de antecedência.	do contrato. A notificação de rescisão deve ser feita com 60 dias de antecedência ao aniversário do contrato. A manutenção da condição de empresário individual deverá ser comprovada anualmente, bem como das condições de elegibilidade. Caso contrário, o contrato será rescindido pela operadora.
Reajuste:***	Reajuste anual e limitado a índice divulgado pela ANS. Nos planos exclusivamente odontológicos o índice de reajuste deve estar estabelecido no contrato. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste negociado entre a operadora e a pessoa jurídica de acordo com as regras estabelecidas no contrato; reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. ***	Reajuste único para agrupamento de contratos com menos de 30 vidas. Se o contrato tiver mais de 30 vidas, reajuste será negociado entre a pessoa jurídica e a operadora de acordo com as regras estabelecidas no contrato. ***

* Para maiores informações leia Resolução CONSU 13 de 03 de novembro de 1998;

** Para maiores informações leia a Carta de Orientação ao Beneficiário, instituída pela Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007;

*** Incide o reajuste por mudança de faixa etária em todos os tipos de planos, conforme previsto em contrato.” (NR)”