

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 562, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2022

Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, os incisos II, XXIV, XLI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando o disposto no artigo 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em conformidade com o inciso IV do art. 42 e o art. 45, da Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022 e por força do que impõe o Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019; em reunião realizada em 12 de dezembro de 2022, 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 adaptação e migração de contratos ao sistema previsto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

I – adaptação: aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrado até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9.656, de 1998;

II – migração: celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde, no âmbito da mesma operadora, referente a produto com registro em situação “ativo”, concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato anterior a 1º de janeiro de 1999;

III – responsável pelo contrato:

a) no plano individual ou familiar:

1. o titular;
2. o beneficiário que assume as obrigações financeiras do contrato, em caso de extinção do vínculo do titular; ou
3. a pessoa que representa ou assiste o titular incapaz na contratação do plano.

b) nos planos coletivos:

1. a pessoa jurídica que celebrou o contrato;
2. o conveniente/patrocinador, no caso de planos de autogestões com a participação de patrocinador; ou
3. o conselho deliberativo previsto no estatuto, nos demais planos operados por autogestão.

IV – contrato de origem: cláusulas contratuais ou do regulamento do plano vigentes no momento da adaptação ou da migração; e

V – ajuste da adaptação: é o percentual que representa o aumento da contraprestação pecuniária em decorrência da adaptação.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I Da Adaptação

Art. 3º É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999 o direito a adaptar o seu contrato ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998, no mesmo tipo de contratação e de segmentação assistencial, sem que haja nova contagem de carências ou cobertura parcial temporária.

§ 1º Quando solicitado pelo responsável pelo contrato, é obrigatório o oferecimento da proposta de adaptação pela operadora em até 5 (cinco) dias úteis.

§ 2º A vigência do contrato adaptado inicia-se no ato da assinatura do aditivo de adaptação.

§ 3º Na hipótese do § 1º deste artigo, caso a operadora possua planos de saúde com registro de produto em situação “ativo”, deve também oferecer uma proposta de migração, observado o disposto nas seções II e III deste capítulo.

§ 4º Devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano.

§ 5º Nos contratos individuais/familiares, a critério exclusivo do beneficiário, o contrato adaptado poderá vigorar no início do período referente ao vencimento da próxima mensalidade.

§ 6º Nos contratos coletivos, a critério das partes, o contrato adaptado poderá vigorar na data acordada entre as partes.

Art. 4º Em plano de contratação individual ou familiar, a proposta de adaptação deve incluir todos os beneficiários do contrato, e o exercício do direito previsto no artigo 3º pelo responsável pelo contrato produz efeitos em relação a todos os beneficiários.

Art. 5º Os contratos adaptados ficam sujeitos às disposições da Lei nº 9656, de 1998, inclusive quanto a reajustes e revisões.

§ 1º Devem ser mantidas as cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor, sendo obrigatória a adaptação das cláusulas dissonantes.

§ 2º Na adaptação contratual não será possível a inclusão ou exclusão de coparticipações e/ou franquias.

Art. 6º Na adaptação de contratos, a cobertura assistencial deve respeitar as exigências mínimas definidas no artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998, e observar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações.

§ 1º A ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos e às demais cláusulas que sejam compatíveis com a legislação em vigor, que devem ser mantidas conforme §1º do artigo 5º desta Resolução.

§ 2º A operadora poderá estabelecer tabela de reembolso para as novas coberturas decorrentes da adaptação contratual, independentemente da tabela adotada para os procedimentos já cobertos.

§3º A tabela de reembolso prevista no contrato de origem, referente aos procedimentos já cobertos, não poderá ser alterada, sendo permitida apenas a atualização de seus valores de acordo com os reajustes previstos contratualmente.

Art. 7º Para atendimento ao disposto no artigo 6º desta Resolução, a ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos deve observar a segmentação do plano privado de assistência à saúde do contrato de origem cadastrada no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA.

§ 1º A prova documental apresentada pelo responsável pelo contrato que identifique a segmentação do plano privado de assistência à saúde prevalece sobre as informações cadastradas no SCPA e deve

servir de base para o cumprimento das normas pertinentes à ampliação das coberturas no âmbito da adaptação de contratos.

§ 2º Na ausência de prova documental e não estando o plano privado de assistência à saúde referido no caput cadastrado no SCPA, o responsável pelo contrato terá o direito de exercer a adaptação do contrato na segmentação mais abrangente de plano de saúde oferecido pela operadora.

Art. 8º Quando a adaptação de contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo do ajuste da adaptação deve ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura.

§ 1º O cálculo do ajuste da adaptação deve constar de Nota Técnica Atuarial de Adaptação, de responsabilidade da operadora, e o percentual resultante deve ser único por plano.

§ 2º O ajuste da adaptação a ser aplicado sobre a contraprestação pecuniária vigente à época da adaptação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento).

§ 3º A Nota Técnica Atuarial de Adaptação deve conter, no mínimo, o seguinte:

I – critério técnico adotado e definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;

II – demonstração dos cálculos realizados para a definição do percentual de ajuste;

III – descrição do banco de dados utilizado e o período de observação; e

IV – assinatura do atuário, com seu número de identificação profissional reconhecido por órgão oficial governamental.

§ 4º A Nota Técnica Atuarial de Adaptação deve ficar disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar a sua alteração se:

I – o cálculo do ajuste da adaptação não observar o disposto no caput;

II – não for observado o disposto no parágrafo anterior; ou

III – o percentual obtido não estiver devidamente justificado, por qualquer outra razão.

§ 5º O aumento na contraprestação pecuniária em função da adaptação não configura reajuste anual de mensalidade, conforme definido por regulamentação específica, podendo ser cobrado a partir da entrada em vigor do aditivo contratual.

§ 6º Excetuada a hipótese do §5º do artigo 3º desta Resolução, o valor da mensalidade no primeiro mês de vigência do contrato adaptado deverá ser calculado de forma pró-rata, considerando-se o número de dias restantes para o início do período de vencimento da próxima mensalidade.

§ 7º Não caberá a aplicação do percentual de ajuste de adaptação em casos de planos cuja modalidade de financiamento seja pós-estabelecida.

§ 8º Na hipótese prevista no caput, o percentual de ajuste deverá ser aplicado uniformemente à mensalidade de cada beneficiário vinculado ao contrato a ser adaptado, dentro de um mesmo plano.

§ 9º No aditivo contratual utilizado para adaptação, a operadora deverá incluir cláusula segundo a qual a pessoa jurídica contratante ou a Administradora de Benefícios se compromete a repassar o ajuste da adaptação em percentual igual para todos os beneficiários vinculados ao contrato coletivo.

Art. 9º A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado deve obedecer às regras estabelecidas na regulamentação específica em vigor.

§ 1º A cláusula de reajuste por mudança de faixa etária do contrato de origem que já estiver em conformidade com a regulamentação vigente não pode ser alterada na adaptação.

§ 2º Na ausência de previsão de aumento por mudança de faixa etária no contrato de origem, é vedada a qualquer tempo a inclusão de cláusula de reajuste desta natureza.

§ 3º Os percentuais de variação por mudança de faixa etária devem ser os mesmos para todos os contratos adaptados vinculados ao mesmo plano.

§ 4º No aditivo contratual utilizado para adaptação de contrato coletivo, deverá ser apresentada uma tabela de preços por faixa etária exclusiva para o ingresso de novos beneficiários, titulares ou dependentes.

§ 5º Os percentuais de variação da tabela de preços de que trata o § 4º deste artigo devem manter perfeita relação com os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado.

§ 6º Caso ocorra diluição da aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, prevista no artigo 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, as eventuais parcelas vincendas, referentes a faixa etária alcançada durante a vigência do contrato antigo, poderão continuar a ser cobradas após a adaptação do contrato, desde que não haja alteração no seu percentual original.

§ 7º No aditivo contratual utilizado para adaptação, deverá haver cláusula específica dispondo sobre a cobrança de que trata o § 6º deste artigo.

Art. 10º A data do reajuste anual do contrato adaptado deve observar o seguinte:

I - no contrato individual ou familiar, deve ser mantida a data prevista no contrato de origem; e

II - no contrato coletivo, é livre a sua negociação, desde que respeitada a periodicidade mínima de 12 (doze) meses a cada reajuste.

Art. 11 A partir da adaptação do contrato, os reajustes anuais por variação de custos devem ser aplicados nos termos definidos na regulamentação da ANS, sobre o valor da contraprestação pecuniária então em vigor.

Art. 12 A proposta de adaptação de contratos deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas de direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos, e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária, devendo conter as seguintes informações:

I – o valor do ajuste da adaptação e o novo valor da contraprestação pecuniária do plano em moeda corrente;

II – o mês de aniversário do contrato, ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;

III – a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão ampliadas para respeitarem as garantias mínimas definidas na Lei nº 9656, de 1998, e para garantir a cobertura de todo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada, sem prejuízo das coberturas previstas no contrato de origem;

IV – a indicação da rede prestadora de serviços, no caso de alteração em relação à do contrato de origem ou sempre que dele não constar, nos termos do artigo 17, da Lei nº 9656, de 1998;

V – as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, para os beneficiários cuja CPT esteja prevista no contrato de origem, respeitando o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme previsto no artigo 27 desta Resolução;

VI – as informações acerca do prazo restante para cumprimento de carência para os beneficiários cuja carência esteja prevista no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9656, de 1998;

VII – as novas faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação, observado o disposto no artigo 9º desta Resolução;

VIII – a indicação de submissão do contrato a todas as disposições da Lei nº 9656, de 1998, a partir da vigência do aditivo, inclusive quanto a reajustes e revisões;

IX – a indicação de que está garantida a manutenção das coberturas previstas no contrato de origem;

X – indicação de manutenção das cláusulas contratuais que sejam compatíveis com a legislação em vigor;

XI – a indicação das mudanças feitas nas cláusulas contratuais a partir da adaptação contratual;

XII – nome e código do plano cadastrado no SCPA;

XIII – a indicação da data do início de vigência do aditivo, observado o disposto no § 2º do artigo 3º;

XIV – a indicação de outras adequações necessárias à conformidade do contrato de origem à Lei nº 9656, de 1998; e

XV – a ressalva de que uma vez efetivada a adaptação contratual, não é possível o retorno ao contrato de origem, conforme artigo 25 desta Resolução.

Parágrafo Único. Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

Art. 13 Nos contratos que possuam cláusula de remissão, no ato da adaptação, esta passará a abranger todas as coberturas do contrato adaptado.

§ 1º Nos casos em que os beneficiários estiverem em gozo do período de remissão, a adaptação poderá ser realizada:

I - após o término do período de remissão; ou

II - durante o período de remissão que será imediatamente encerrada, devendo o termo de renúncia constar expressamente do aditivo contratual utilizado para adaptação.

§ 2º Na hipótese do §1º deste artigo, para cálculo da mensalidade, o percentual de ajuste da adaptação incidirá sobre o valor da mensalidade que estaria sendo paga pelos respectivos beneficiários caso não estivessem em gozo do período de remissão.

Seção II Da Migração

Art. 14 É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999, e, nos planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, também a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde regulamentado da mesma operadora, de qualquer tipo de contratação e de segmentação assistencial, sem que haja nova contagem de carências ou cobertura parcial temporária.

Art. 15 A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato, mediante o requerimento de cada beneficiário.

§1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, com a assunção das obrigações dele decorrentes.

§ 2º Nos planos coletivos, a manutenção do vínculo do grupo familiar com o contrato coletivo depende da participação do beneficiário titular no contrato, ressalvada disposição em contrário.

Art. 16 Para o exercício do direito da migração, o valor pago no contrato de origem deve ser compatível com o valor da mensalidade do plano de destino regulamentado, de acordo com as faixas de preço definidas em regulamentação específica.

§1º Consideram-se valores compatíveis quando a faixa de preço em que se enquadra o plano de destino regulamentado seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor da mensalidade do contrato de origem acrescido de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento), sendo este acréscimo realizado exclusivamente para fins de comparação de valores, não para o aumento da mensalidade.

§ 2º No caso de o plano regulamentado ser coletivo, a Migração requer a comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos da regulamentação em vigor.

§ 3º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no caput deste artigo, o plano de destino regulamentado cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do contrato de origem acrescida de 56,77% (cinquenta e seis vírgula setenta e sete por cento), sendo este acréscimo realizado exclusivamente para fins de comparação de valores, não para o aumento da mensalidade.

§ 4º O valor da mensalidade do contrato de origem não deve considerar as tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias.

Art. 17 O plano regulamentado poderá possuir cobertura não prevista na segmentação assistencial do contrato de origem, sendo que, apenas nesses casos de migração, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para a cobertura não prevista na segmentação assistencial do contrato de origem, fixando os seguintes períodos de carências:

- I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;
- III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;
- IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar; e
- V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Art. 18 Quando solicitado pelo beneficiário, é obrigatório o oferecimento imediato pela operadora da proposta de migração de que trata esta Resolução.

§ 1º Nas propostas de migração devem ser oferecidas as mesmas opções e as mesmas cláusulas contratuais a todo o grupo vinculado a um mesmo plano.

§ 2º Fica dispensada do oferecimento de proposta de migração a operadora que não possuir planos regulamentados que atendam aos requisitos previstos nesta Resolução.

§ 3º Na hipótese do § 2º deste artigo, a operadora deve oferecer-lhe proposta de adaptação prevista no artigo 3º desta Resolução.

Art. 19 O Guia ANS de Planos de Saúde, acessível pela página institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br), disponibilizará consulta aos beneficiários para verificação dos planos de destino compatíveis para fins de migração.

§ 1º O Guia ANS de Planos de Saúde emitirá relatório de compatibilidade entre o contrato de origem e o plano regulamentado, na data da consulta, para fins de migração.

§ 2º O relatório previsto no § 1º deste artigo deverá ser aceito pela operadora, e terá validade de 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo.

§ 3º A operadora deverá fornecer aos beneficiários as informações referentes ao contrato de origem, tais como data de vinculação ao plano, número do registro da operadora e número do plano no sistema de cadastro de planos antigos - SCPA, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 20 O beneficiário que não conseguir identificar o plano do contrato de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação na ANS de busca por planos regulamentados para realizar a migração.

§1º Caso seja constatada a ausência de cadastramento do plano do contrato de origem no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO enviará ao beneficiário ofício autorizativo para a realização da migração, indicando que o beneficiário terá o direito de migrar para qualquer plano da sua operadora, eximindo-o da apresentação do relatório do Guia ANS de Planos de Saúde.

§ 2º Caso se verifique que o plano do contrato de origem constava das bases de dados do Guia ANS de Planos de Saúde, a ANS enviará ao beneficiário todas as informações necessárias para que este faça nova consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde.

§ 3º A solicitação prevista no caput deste artigo poderá ser feita na página institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br) ou nos Núcleos da ANS, cujos endereços e horários de atendimento estão indicados no referido endereço eletrônico.

Art. 21 A proposta de migração deve obedecer às regras vigentes para o preço do plano, observados os limites estabelecidos na regulamentação específica.

Parágrafo único. A operadora poderá oferecer condições especiais em relação ao preço, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados na comercialização do mesmo plano.

Art. 22 A proposta de migração deve ser redigida de forma clara e precisa, em linguagem de fácil compreensão, sendo obrigatório dar destaque às cláusulas restritivas dos direitos dos beneficiários, às cláusulas que submetam o exercício de direitos pelos beneficiários a condições ou termos e às cláusulas de reajuste anual e por faixa etária, devendo conter as seguintes informações:

I – o preço do plano apresentado para a migração, com a informação de que o primeiro reajuste dar-se-á após 12 (doze) meses de vigência do novo contrato;

II – a indicação da data do início de vigência do novo contrato;

III – o mês de aniversário do contrato ou, no caso das autogestões, a data da aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, para o reajuste anual;

IV - o demonstrativo das condições especiais de preço e a comparação destas com as condições de venda, se for o caso;

V – as informações acerca do prazo restante para o cumprimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT, para os beneficiários cuja CPT esteja prevista no contrato de origem, respeitando o limite máximo de 24 (vinte e quatro) meses, conforme previsto no artigo 24 desta Resolução;

VI – as informações acerca do prazo restante para cumprimento de carência para os beneficiários cuja carência esteja prevista no contrato de origem, respeitando-se os limites máximos previstos na Lei nº 9656, de 1998;

VII – a indicação de que a cobertura assistencial e as condições de acesso serão aquelas definidas na Lei nº 9656, de 1998, garantindo-se as coberturas do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e suas atualizações, de acordo com a segmentação contratada;

VIII – a indicação detalhada da lista das coberturas e/ou procedimentos previstos no contrato de origem e não contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época da migração;

IX – a informação de que coberturas e/ou procedimentos previstos no contrato de origem e não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde à época da migração não serão cobertos no novo plano, salvo previsão no novo contrato e nas futuras atualizações do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

X – as faixas etárias e os seus respectivos percentuais de variação;

XI – o nome e o código, do plano antigo, cadastrado no SCPA;

XII – o nome comercial e o número de registro na ANS dos planos que estão sendo oferecidos na proposta; e

XIII - o esclarecimento de que, na opção pelo exercício da adaptação, o aumento de sua mensalidade fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento); e

XIV – a ressalva de que uma vez efetivada a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem.

§ 1º Deve acompanhar a proposta de migração um catálogo listando toda a rede prestadora de serviços do novo plano.

§ 2º Sempre que o responsável pelo contrato formalizar dúvidas em relação à proposta, a operadora deve prestar, no prazo de 3 (três) dias úteis, em linguagem de fácil compreensão, os esclarecimentos por meios hábeis à comprovação de seu recebimento.

Seção III
Das Disposições Comuns à Adaptação e à Migração

Art. 23 Nenhuma adaptação ou migração de contrato pode ocorrer por decisão unilateral da operadora, ficando assegurado aos responsáveis pelos contratos ou beneficiários, que por elas não optarem, a manutenção do contrato de origem.

Art. 24 A operadora deve divulgar de forma ostensiva e habitual que os responsáveis pelos contratos e beneficiários de planos firmados até 1º de janeiro de 1999 têm o direito de usufruir da adaptação e migração, conforme estabelecido nesta Resolução.

Art. 25 Uma vez efetivada a adaptação ou a migração, não é possível o retorno ao contrato de origem.

Art. 26 A adaptação ou a migração previstas nesta Resolução não permitem a alegação de omissão de informação de Doenças ou Lesões Preexistentes – DLP.

§ 1º Por ocasião da aceitação da proposta de adaptação ou de migração previstas nesta Resolução, as operadoras de planos de saúde não podem solicitar o preenchimento de Declaração de Saúde para fins de declaração de conhecimento prévio de DLP.

§ 2º O beneficiário que estiver em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT deverá continuar a cumpri-la no contrato adaptado ou no novo contrato, até o final do prazo estipulado no contrato de origem, limitado em 24 (vinte e quatro) meses a contar da data de ingresso do beneficiário no contrato de origem, tanto para os procedimentos que já eram pelo contrato de origem cobertos, quanto para os novos procedimentos cobertos a partir da adaptação ou da migração, relacionados à Doença ou Lesão Preexistente que motivou a CPT.

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27 As migrações e adaptações realizadas em cumprimento à Resolução Normativa nº 64, de 2003, e suas posteriores alterações continuam produzindo seus regulares efeitos.

Parágrafo único. Os instrumentos contratuais de adaptação e migração que foram celebrados antes da vigência desta Resolução que naquela época estavam em desacordo com as demais normas expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, permanecem sujeitos à aplicação de penalidades cabíveis.

Art. 28 Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos celebrados anteriormente à vigência da Lei nº 9656, de 1998, por prazo determinado, e que foram aditados após 1º de janeiro de 1999 para prorrogação de seu prazo de duração ou sua renovação, ou que, mesmo não tendo sido formalmente aditados, sua execução tenha sido tacitamente prolongada após o termo final de vigência, submetem-se integralmente ao regime instituído pela Lei nº 9656, de 1998, possuindo todas as suas garantias.

Parágrafo único. Fica a operadora obrigada, quando da próxima renovação ou em até doze meses a partir do início de vigor desta Resolução, o que ocorrer primeiro, a formalizar todas as alterações contratuais necessárias à perfeita adequação à regulamentação vigente no setor de saúde suplementar, nos termos desta Resolução, sendo facultada, na mesma oportunidade, a inclusão de cláusula prevendo a realização dos ajustes considerados necessários na contraprestação pecuniária, conforme previsto no artigo 8º desta Resolução.

Art. 29 Os contratos coletivos vigentes por prazo indeterminado ou que contenham cláusula de recondução tácita e estejam incompatíveis com o disposto na Lei nº 9656, de 1998, não poderão receber novos beneficiários, ressalvados os casos de inclusão de novo cônjuge e filhos do titular.

Art. 30 A Diretoria Colegiada resolverá os casos omissos nesta resolução.

Art. 31 Revogam-se:

I - a Resolução Normativa nº 254, de 05 de maio de 2011;

II - a Resolução Normativa nº 263, de 01 de agosto de 2011; e

III - a Resolução Normativa nº 437, de 03 de dezembro de 2018.

Art. 32 Esta Resolução Normativa entra em vigor em 1º de fevereiro de 2023.

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.

CORRELAÇÕES:

[Decretonº 10.139, de 2019](#)

[Lei nº 9.961, de 2000](#)

[Lei nº 9.656, de 1998](#)

[RR nº 21, de 2022](#)

A RN nº 562 revogou:

[RN nº 254, de 2011](#);

[RN nº 263, 2011](#); e

[RN nº 437, de 2018](#).

[VOLTAR](#)