MINUTA

PORTARIA Nº 1431 / 2025

* MINUTA DE DOCUMENTO

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº XXX, DE XX DE XXXX DE 20XX

Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas e revogação da Resolução Normativa ANS nº 503, de 30 de março de 2022 e da Resolução Normativa ANS nº 512, de 31 de março de 2022.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso II do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso IV do art. 42 da Resolução Regimental nº 21, de 26 de janeiro de 2022; e os arts. 17-A e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em xx de xxxxxx de 2026, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre as características gerais dos instrumentos contratuais firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde, sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas e revogação da Resolução Normativa ANS nº 503, de 30 de março de 2022 e da Resolução Normativa ANS nº 512, de 31 de março de 2022.

Parágrafo único. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua

qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, físico ou eletrônico, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

Art. 3º Os contratos regidos por esta norma podem ser celebrados por meio eletrônico, desde que ambas as partes possuam meios de promover sua assinatura eletrônica de forma inequívoca e seja-lhes disponibilizada cópia fiel do contrato assinado, incluindo os eventuais anexos.

Art. 4º Os contratos de que trata esta norma devem observar, especificamente, além do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor:

I - as normas e demais disposições vigentes sobre defesa da concorrência;

II - a regulação do setor farmacêutico no Brasil; e

III - o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º Deve haver previsão expressa de que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a Operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Seção I

Da qualificação das partes

Art. 6º Nos contratos de que trata esta norma, a operadora de planos privados de assistência à saúde deve ser qualificada com os seguintes dados:

I - denominação ou nome empresarial, conforme o caso;

II - número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

III - número de registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar; e

IV - número de registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso.

Art. 7º O prestador de serviço deve estar identificado pelos seguintes dados:

I - nome completo, denominação ou nome empresarial, conforme o caso;

II - número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF ou CNPJ; e

III - número de registro no Conselho Profissional respectivo;

Parágrafo único. Aplicam-se as disposições previstas neste artigo à prestação dos serviços em Telessaúde, que devem observar a legislação vigente.

Seção II

Do objeto, natureza do contrato e descrição dos serviços contratados

Art. 8º O objeto e a natureza devem ser expressos nos contratos de que tratam esta norma, incluindo o seguinte:

I - o tipo e/ou regime de atendimento, conforme definido pelo padrão TISS, oferecido pelo profissional de saúde ou estabelecimento de saúde; e

II - as especialidades e/ou serviços contratados.

Art. 9º Os serviços contratualizados devem estar descritos por procedimentos/itens assistenciais, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

§ 1º A descrição dos serviços deve incluir o código dos termos constante na TUSS de procedimentos e eventos em saúde, e diárias, taxas e gases medicinais, materiais e OPME e medicamentos.

§ 2º A utilização de agrupamento de procedimentos não afasta a obrigatoriedade de estabelecer no contrato firmado o código TUSS individualizado de todos os procedimentos/itens assistenciais nele inclusos.

§ 3º Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos/itens assistenciais e/ou serviços durante a vigência do contrato, descrevendo a rotina para solicitar e implementar tais alterações.

§ 4º Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de planos/produtos da operadora na relação regida pelo contrato durante sua vigência, descrevendo a rotina para solicitar e implementar tais alterações.

§ 5° O contrato deve prever expressamente se a operadora poderá fornecer ao prestador, para atendimentos aos seus beneficiários, insumos necessários para a prestação do serviço contratado, observado o disposto no §1° deste artigo.

Seção III

Da remuneração dos serviços contratualizados e da rotina de faturamento e pagamento

Subseção I

Dos valores

Art. 10. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos de forma clara e objetiva, em moeda corrente nacional.

§ 1º A composição da remuneração poderá considerar atributos de qualidade da assistência à saúde, bem como indicadores de qualidade e de desfechos clínicos e não clínicos, previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§ 2° Cabe às partes a pactuação dos atributos de qualidade, dos indicadores de qualidade e de desfechos clínicos e não clínicos, e sua respectiva influência nos valores de remuneração contratados, observado o incentivo ao incremento da qualidade na prestação dos serviços de saúde aos beneficiários.

§ 3º Caso sejam adotados modelos de remuneração alternativos ao pagamento por procedimento, o contrato deve dispor sobre a alocação dos riscos assumidos por cada parte, distinguindo-se entre outros, os de natureza clínica, operacional e regulatória, de modo a refletir o

compartilhamento de responsabilidades inerentes ao modelo pactuado.

§ 4º No caso de materiais, medicamentos, dispositivos médicos ou outros insumos que sejam comercializados em moeda estrangeira, o contrato deverá dispor sobre a forma de conversão de tais valores em moeda corrente nacional.

Art. 11. Deve haver previsão expressa acerca da vedação à exigência de qualquer prestação pecuniária por parte do prestador de serviços de saúde ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuados os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos Financeiros de Regulação.

Subseção II

Dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados

Art. 12. A rotina de faturamento deve ser expressa no contrato, estabelecendo, no mínimo:

I - rotinas operacionais;

II - rotina de auditoria administrativa e técnica;

III - hipóteses em que o Prestador poderá incorrer em glosa sobre o faturamento apresentado;

IV - prazos para contestação e recurso da glosa, para resposta da operadora e para pagamento dos serviços em caso de revogação da glosa aplicada;

V - encaminhamento do demonstrativo de retorno em formato previsto pela norma vigente do Padrão TISS;

VI - pagamento da conta; e

VII - disponibilização de webservices ou portal para a troca dos dados de atenção à saúde.

§ 1º O prazo acordado para contestação ou recurso da glosa deve ser igual ao prazo acordado para a respectiva resposta da operadora.

§ 2º O contrato deve prever que a rejeição total ou parcial de uma conta devido à aplicação de glosa ocorrerá mediante envio do correspondente código do motivo de glosa ao prestador, conforme estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

§3º Deve estar expresso em contrato que o profissional auditor responsável pela análise técnica e aplicação de eventuais glosas, previstas no inciso III, esteja legalmente habilitado na profissão.

§4º Nas contas parcialmente glosadas, o pagamento dos valores incontroversos não deve ser condicionado à conclusão da análise da contestação ou recurso da glosa.

Art. 13. Fica vedado estabelecer regras que impeçam:

I - o acesso do Prestador às informações e documentos das auditorias técnicas ou administrativas que fundamentaram a glosa; e

II - o Prestador de contestar ou recorrer das glosas, respeitado o disposto nesta norma.

Parágrafo único. Os procedimentos previamente autorizados pela operadora não devem ser objeto de glosa, quando efetivamente realizados pelo prestador, desde que a conta tenha sido apresentada na forma do art. 12 e não haja divergência técnica apontada em Auditoria.

Seção IV

Da identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da

operadora

Art. 14. O contrato deve ser expresso quanto aos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora, devendo obedecer ao padrão TISS, e dispor sobre:

I - a rotina operacional para autorização;

II - a responsabilidade das partes na rotina operacional; e

III - o prazo de resposta para concessão da autorização ou negativa fundamentada.

Seção V

Dos critérios, da forma e da periodicidade do reajuste

Art. 15. O reajuste contratual terá periodicidade anual e deve ser aplicado na data de aniversário de vigência do contrato conforme previsto em instrumento contratual, ressalvada a hipótese prevista na Resolução Normativa nº 508 de 30 de março de 2022.

§ 1º Os critérios de reajuste poderão considerar atributos de qualidade da assistência à saúde previamente discutidos e aceitos pelas partes, observados o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§ 2° É livre às partes a pactuação dos atributos de qualidade e sua respectiva influência nos critérios de reajuste previstos em contrato, observado o incentivo ao incremento da qualidade na prestação dos serviços de saúde aos beneficiários.

§ 3º Caso os atributos de qualidade levem em consideração informações sobre resultado, desfecho, desempenho ou outros aspectos relacionados à prestação da assistência à saúde aos beneficiários vinculados à operadora signatária, o contrato deverá prever a forma como tais informações serão compartilhadas, garantindo a devida transparência e monitoramento da qualidade e desempenho.

Art. 16. Os critérios de reajuste dos serviços contratados devem ser expressos de modo claro e objetivo.

§ 1º A cláusula de reajuste deve conter todas as informações necessárias para que o contratado possa calcular o quanto receberá de reajuste, além de ser passível de auditoria pelas partes.

§ 2º A cláusula de reajuste pode se dar por meio de índice vigente de conhecimento público, percentual pré-fixado, valor nominal em moeda corrente nacional ou outro critério de cálculo acordado entre contratante e contratado.

§ 3° Na hipótese de não haver contrato escrito ou de o contrato não atender as disposições deste artigo sobre o reajuste, aplicar-se-á o índice definido pela ANS, na forma do § 4º, do art. 17-A, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

§ 4° Os parágrafos anteriores não se aplicam na hipótese da livre negociação, que deve observar o disposto no art. 17.

Art. 17. Caso as partes convencionem que o reajuste a ser aplicado será definido através do método da livre negociação, o contrato deve conter as seguintes previsões:

I - prazo de negociação prévia à aplicação do reajuste, que deve se iniciar até 90 (noventa) dias da data de aniversário de vigência do contrato;

II - meio de demonstração da efetiva ocorrência de negociação e o respectivo aceite de ambas as partes; e

III - os efeitos nos casos de frustração da negociação, que podem ser:

a) utilização de um índice específico, expresso no contrato, com aplicação automática no

aniversário de vigência do contrato; ou

b) incidência do índice estabelecido pela ANS, com aplicação automática no aniversário de vigência do contrato.

Art. 18. É vedado estabelecer critério de reajuste condicionado às despesas assistenciais da operadora e/ou ao total das receitas obtidas com operação de planos de saúde.

Art. 19. Quaisquer alterações nos valores contratados ou no modelo de remuneração praticado entre as partes, que sejam instrumentalizadas por intermédio de novo contrato ou de aditivo ao contrato vigente, não se caracterizam como reajuste para os efeitos desta RN.

Seção VI

Da vigência do contrato e dos critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão

Art. 20. O contrato deve dispor expressamente sobre a sua vigência, se por prazo determinado ou indeterminado, e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão.

Art. 21. Os contratos por prazo determinado devem conter previsão expressa sobre a possibilidade ou não de renovação.

§ 1° Se prevista a possibilidade de renovação, deve ser expresso o modo da sua ocorrência, se automática ou mediante manifestação prévia de uma das partes, bem como as condições a ela atinentes.

§ 2° Se prevista renovação automática, deve haver cláusula que determine prazo comum para manifestação prévia de ambas as partes sobre o interesse de não renovar.

§ 3° Se ausente a previsão contratual do prazo a que se refere o §2° deste artigo, aplicar-se-á o prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência.

§ 4° Se condicionada a possibilidade de renovação contratual à prévia manifestação das partes, esta deve ocorrer em prazo não inferior a 30 (trinta) dias de antecedência.

§ 5° Decorrido o prazo do §4º, sem manifestação das partes, considera-se extinto o contrato ao término de sua vigência.

Art. 22. Os contratos por prazo indeterminado vigoram enquanto não houver manifestação em contrário das partes.

Parágrafo único. O período para a notificação da rescisão do contrato por prazo indeterminado deve ser expresso e não pode ser inferior a 30 (trinta) dias, em observância ao disposto no art. 17, da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 23. As cláusulas que dispuserem sobre as hipóteses de rescisão do contrato devem prever as eventuais e correspondentes compensações devidas a cada uma das partes, que devem ser proporcionais, limitadas e equivalentes às obrigações das partes no próprio contrato, incluindo o cumprimento de obrigações remanescentes até seu exaurimento, bem como:

I - obrigação de identificação formal pelo prestador, pessoa física ou jurídica, ao responsável técnico da operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial, acompanhada de laudo com as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro Prestador, respeitado o sigilo profissional, sem prejuízo do disposto no § 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998; e

II - obrigação de comunicação formal pelo prestador aos pacientes que se enquadrem no inciso I deste artigo.

Seção VII

Das penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas

Art. 24. O contrato deve conter penalidades específicas para todas as obrigações contratuais nele estabelecidas.

Parágrafo único. As cláusulas penais, que terão caráter não substitutivo da obrigação principal, devem ser equivalentes e proporcionais para ambas as partes.

CAPÍTULO III

DO ÍNDICE DE REAJUSTE DEFINIDO PELA ANS

Art. 25. O índice de reajuste definido pela ANS, a que aludem os art. 16, parágrafo 4° e art. 17, inciso III, alínea "b" desta norma é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 26. A operadora deverá utilizar o índice de reajuste definido pela ANS como forma de reajuste nos contratos firmados com seus prestadores quando preenchidos ambos os critérios abaixo:

I - houver previsão contratual de livre negociação como única forma de reajuste; e

II - não houver acordo entre as partes ao término do período de negociação, conforme estabelecido no art. 16, parágrafo 4º e no art. 17, inciso III, alínea "b" desta norma.

§ 1º O índice de reajuste definido pela ANS, quando preenchidos os critérios dispostos neste artigo, deve ser aplicado na data de aniversário de vigência do contrato.

§ 2º O IPCA a ser aplicado deve corresponder ao valor acumulado nos 12 (doze) meses anteriores à data do aniversário de vigência contrato, considerando a última competência divulgada oficialmente.

Art. 27. O índice de reajuste definido pela ANS, nas situações em que couber sua aplicação, incidirá sobre o valor dos serviços contratados, com exceção de órteses, próteses, materiais e medicamentos que sejam faturados separados dos serviços.

Art. 28. Ao índice de reajuste definido pela ANS será aplicado um Fator de Qualidade de acordo com critérios descritos no Anexo desta Resolução Normativa.

CAPÍTULO IV

DO FATOR DE QUALIDADE

Art. 29. O Fator de Qualidade será aplicado ao reajuste dos contratos firmados pelas operadoras com seus prestadores de serviços de atenção à saúde, nas situações em que couber a utilização do índice de reajuste definido pela ANS e de acordo com os seguintes percentuais:

I - 115% (cento e quinze por cento) do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o nível A do fator de qualidade;

II - 110% (cento e dez por cento) do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível B do Fator de Qualidade;

III - 105% (cento e cinco por cento) do IPCA para os prestadores de serviço de saúde que se enquadrem nos critérios estabelecidos para o Nível C do Fator de Qualidade; e

IV - 100% (cem por cento) do IPCA para os demais prestadores que não atenderem ao disposto nos incisos I, II e III deste artigo.

Art. 30. A verificação do cumprimento dos critérios para aplicação do Fator de Qualidade previstos no Anexo desta Resolução Normativa deverá ser feita, a qualquer tempo no ano-base a ser considerado, diretamente pelas operadoras junto aos prestadores de serviço de assistência à saúde.

CAPÍTULO V

DA SOLUÇÃO CONSENSUAL DE CONFLITOS

Art. 31. O contrato deve indicar canal de comunicação disponibilizado pela operadora para interação com o prestador, destinado ao tratamento de questões decorrentes da relação de prestação de serviços entre as partes, inclusive para encaminhamento de eventuais controvérsias e a busca de solução consensual.

§ 1º Para fins deste artigo, considera-se autocomposição o processo voluntário de solução consensual de conflitos, estabelecido pelas próprias partes, compreendendo entre outros, a conciliação, mediação e outros métodos consensuais de resolução de conflitos.

§ 2º A indicação do canal de comunicação de que trata o caput não implica a criação de mecanismo, sistema ou estrutura específica pela ANS, podendo corresponder a canais de relacionamento ou comunicação já utilizados pelas partes no âmbito da execução contratual.

§ 3º Sem prejuízo de iniciativas de autocomposição conduzidas diretamente pelas partes, os prestadores poderão registrar demanda junto à ANS por meio dos canais de atendimento já disponibilizados pela Agência em seu sítio eletrônico.

§ 4º A ANS poderá solicitar, a qualquer tempo, o envio de documentos contendo a descrição e dados suficientes para o acompanhamento das obrigações previstas neste ato normativo.

Art. 32. É livre às partes convencionar métodos consensuais destinados ao tratamento de controvérsias surgidas na vigência do contrato firmado, que deverão estar previstos no próprio instrumento.

Parágrafo único. São passíveis de acordo todas as obrigações que correspondam a direitos patrimoniais disponíveis das partes, sendo vedado acordos dispondo sobre direitos de beneficiários de planos de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33. As previsões desta norma aplicam-se aos contratos firmados a partir a sua vigência.

Parágrafo único. Na hipótese de alteração de qualquer cláusula contida em contrato firmado anteriormente a esta RN, aplicar-se-ão sobre a cláusula alterada as disposições desta norma.

Art. 34. As operadoras que mantenham relacionamento com prestador de serviço sem contrato firmado permanecem em situação de irregularidade, sujeitas à aplicação das penalidades cabíveis.

Art. 35. O disposto nesta Resolução não se aplica:

I - à relação entre o profissional de saúde cooperado, submetido ao regime jurídico das sociedades cooperativas na forma da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e a operadora

classificada na modalidade de cooperativa, médica ou odontológica, a qual é cooperado;

II - aos profissionais de saúde que possuam vínculo empregatício com operadoras;

III - aos profissionais de saúde que não possuam relação ou contratualização direta com operadoras de planos de saúde; e

IV - às administradoras de benefícios e suas relações com operadoras de planos de saúde.

Art. 36. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Parágrafo único. Na hipótese de alteração de qualquer cláusula contida em contrato firmado anteriormente a esta Resolução Normativa, aplicar-se-ão sobre a cláusula alterada as disposições desta norma.

Art. 37. Ficam revogadas:

I - a Resolução Normativa ANS nº 503, de 30 de março de 2022; e

II - a Resolução Normativa ANS nº 512, de 31 de março de 2022.

Parágrafo único. As infrações praticadas durante a vigência das normas previstas n este artigo permanecem sujeitas à aplicação de penalidades.

Art. 38. Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação.

WADIH NEMER DAMOUS FILHO
DIRETOR-PRESIDENTE

ANEXO À MINUTA DE NORMA

ANEXO - CRITÉRIOS A SEREM UTILIZADOS PARA APLICAÇÃO DO FATOR DE QUALIDADE:

Percentual aplicado sobre o IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo				
Tipo de Prestador	**Nível A - 115% do IPCA**	**Nível B - 110% do IPCA**	**Nível C - 105% do IPCA**	**100% do IPCA**

Hospitais e Hospitais-dia	Certificado de Acreditação (nível máximo) e Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano; e Possuir, ao menos, 75% das guias envidadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde no formato eletrônico da(s) versão(ões) vigentes do Padrão TISS no ano-base calendário.	Certificação (que englobe todo o escopo da assistência); e Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano; e Possuir, ao menos, 75% das guias envidadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde no formato eletrônico da(s) versão(ões) vigentes do Padrão TISS no ano-base calendário.	Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano; e Possuir, ao menos, 75% das guias envidadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde no formato eletrônico da(s) versão(ões) vigentes do Padrão TISS no ano-base Calendário. ou Participação em um dos projetos de indução à qualidade da DIDES/ANS, quando couber.	Demais casos

SADT, Clínicas de SADT e Serviços de Atenção Domiciliar (HomeCare)	Certificado de Acreditação (nível máximo) e Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano (exceto para laboratórios de análises clínicas, laboratórios de patologia clínica e serviços de atenção domiciliar); e Possuir, ao menos, 75% das guias envidadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde no formato eletrônico da(s) versão(ões) vigentes do Padrão TISS no ano-base calendário.	Certificação (que englobe todo o escopo da assistência); e Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano (exceto para laboratórios de análises clínicas, laboratórios de patologia clínica e serviços de atenção domiciliar); e Possuir, ao menos, 75% das guias envidadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde no formato eletrônico da(s) versão(ões) vigentes do Padrão TISS no ano-base calendário.	Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA e ter realizado pelo menos uma notificação via NOTIVISA a cada trimestre, no último ano (exceto para laboratórios de análises clínicas, laboratórios de patologia clínica e serviços de atenção domiciliar); e Possuir, ao menos, 75% das guias envidadas pelo prestador de serviço de saúde à operadora de plano privado de assistência à saúde no formato eletrônico da(s) versão(ões) vigentes do Padrão TISS no ano-base calendário. Ou Participação em um dos projetos de indução à qualidade da DIDES/ANS, quando couber.	Demais casos

Clínicas Multiprofissionais	Possuir 80% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais titulações na área de saúde (Residência, Título de Especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso) e Possuir 80% ou mais de profissionais de saúde que tenham realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 80 horas por anocalendário. OU A Pessoa Jurídica possuir Acreditação e/ou Certificação (que englobe todo o escopo da assistência).	Possuir 60% ou mais de profissionais de saúde com uma ou mais titulações na área de saúde (Residência, Título de Especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso) e Possuir 60% ou mais de profissionais de saúde que tenham realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40 horas por anocalendário.	Possuir 60% ou mais de profissionais de saúde que tenham realizado capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40h por anocalendário.	Demais casos

Profissionais de Saúde / Consultórios Individuais	Possuir ao menos uma titulação comprovada na área de saúde (residência, título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso) e Ter realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 80 horas por ano-calendário.	Possuir ao menos uma titulação comprovada na área de saúde (residência, título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria, Pós-graduação Stricto Senso) e Ter realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40 horas por ano-calendário.	Ter realizado pelo menos uma capacitação em cursos na área de saúde, de no mínimo 40 horas por ano calendário.	Demais casos

Observações:

1. Para fins dessa Resolução Normativa, considera-se acreditação em saúde o processo periódico e voluntário de reconhecimento por uma organização independente, especializada em normas técnicas do setor, de que o estabelecimento atende a requisitos previamente definidos e demonstra competência para realizar suas atividades com segurança, dentro de padrões de excelência de atendimento ao usuário.

2. Para fins desta Resolução Normativa, considera-se Certificado de Acreditação o documento emitido por Entidade Acreditadora, com prazo de validade, reconhecendo formalmente que um prestador de serviços de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento da gestão e a melhoria na qualidade da atenção à saúde. Serão considerados aqueles certificados obtidos em metodologia:

a. Por níveis, ou seja, com escalonamento dentro da metodologia, desde que atingido o nível máximo,

b. Sem níveis.

3. Para fins dessa Resolução Normativa, considera-se Entidade Acreditadora, aquelas que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar no âmbito dos prestadores de serviços de saúde e cadastradas no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS,

da ANS, como definido na RN nº 510/2022.

4. Para fins desta Resolução Normativa, considera-se Certificação o reconhecimento de competência com emissão de certificado realizado por Entidade Acreditadora reconhecida pelo QUALISS, desde que contemple a totalidade da prestação da assistência à saúde do prestador de serviço. Desse modo, não serão consideradas Certificações que considerem apenas parte do escopo do serviço de saúde prestado ou equipamentos do estabelecimento de saúde.

5. Para fins dessa Resolução Normativa, considera-se titulação:

a. Residência em Saúde reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC;

b. Título de especialista outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria;

c. Mestrado em Saúde reconhecido pelo MEC;

d. Doutorado ou Pós-Doutorado em saúde reconhecido pelo MEC.

6. Para fins dessa Resolução Normativa, considera-se capacitação de profissionais de saúde, os cursos ministrados pelas Instituições de ensino superior reconhecidas pelo Ministério de Educação (MEC), ou ministrados pelos Conselhos Profissionais, pelas Associações de âmbito nacional representativas de categoria profissional da área de saúde ou de especialidades da área de saúde, com pelo menos 80, 60 ou 40 horas de duração, a depender do percentual do IPCA aplicado, que emitam certificado de conclusão. Devem ser considerados também como equivalentes à capacitação de profissionais de saúde, as habilitações concedidas pelos respectivos Conselhos Profissionais de Saúde, no ano-base considerado. Dessa forma, não serão consideradas, para este fim, a participação em Congressos da área de atuação do profissional.

7. Para fins dessa Resolução Normativa, a comprovação de titulação e da capacitação de profissionais de saúde pelas clínicas multiprofissionais deve ser realizada pelo responsável técnico do estabelecimento, que deve coletar e consolidar os dados de seus profissionais de saúde e apresentá-los à operadora de serviços de saúde.

8. Para todos os casos, o Prestador de Serviços de Saúde deve comprovar o enquadramento nos critérios para aplicação do Fator de Qualidade, junto à Operadora de Planos de Serviços de Assistência à Saúde.

9. Para fins dessa Resolução Normativa, a comprovação de que o Prestador de Serviços de Saúde possui Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado na ANVISA, se dará por meio de comprovações de participação disponíveis no Portal da ANVISA.

10. A Verificação da versão das guias trocadas no Padrão TISS deverão ser verificadas pelas Operadoras de Planos de saúde. Caso o envio das guias no formato eletrônico da última versão do Padrão TISS não ocorra por problemas operacionais da Operadora, o requisito deverá ser considerado cumprido.

Documento assinado eletronicamente por **Carlos Eduardo Ximenes Viana**, **Coordenador(a) de Contratualização**, em 04/03/2026, às 19:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Andrey Lucas Macedo Correa**, **Gerente de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade dos Prestadores de Serviços**, em 04/03/2026, às 19:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **RENATA VALADARES MACIEL**, **Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 04/03/2026, às 19:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **MIRELLA JORDAO AMORIM**, **Assessor(a) Normativo da DIDES**, em 04/03/2026, às 19:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3ºdo art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade, informando o código verificador **35204055** e o código CRC **0AAA3233**.

Referência: Processo nº 33910.000171/2025-91 SEI nº 35204055