

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004

Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.

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 n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000, considerando o disposto nos arts. 8º, 9º e 19 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, nos incisos XII, XVI, XX e XXII do art. 4º c/c inciso II do art. 10 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no parágrafo 3º do art. 1º da Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, bem como, no Contrato de Gestão celebrado em 10 de abril de 2002 na forma dos seus respectivos Termos Aditivos celebrados em 22 de novembro de 2002 e 11 de dezembro de 2003, no que se refere à necessidade de estabelecer disposições relativas à concessão da autorização para o funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, em Reunião Extraordinária realizada em 7 de dezembro de 2004, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma que se segue, as disposições normativas da ANS para a concessão de Autorização de Funcionamento no mercado de saúde suplementar às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, assim definidas no inciso II do art. 1º da Lei n.º 9.656/98 e no art. 2º da Lei n.º 10.185/01.

CAPÍTULO I

DA CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Art. 2º As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a Autorização de Funcionamento, deverão atender aos seguintes requisitos:

- I – registro da operadora;
- II – registro de produto; e
- III – plano de negócios.

Parágrafo único. Concluído o registro de produto e não sendo rejeitado o Plano de Negócios apresentado, será publicada a autorização para funcionamento e notificada à interessada através de ofício da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

Art. 3º Os pedidos de registros deverão ser encaminhados pela pessoa jurídica à ANS, conforme disposto nesta Resolução, observando a forma, os procedimentos e a documentação necessária que serão definidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, respectivamente.

Parágrafo único. Os registros serão concedidos no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data do protocolo de entrega à ANS da respectiva documentação necessária.

Art. 4º Os pedidos incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos ou itens de apresentação obrigatória exigidos nesta Resolução e nas Instruções Normativas a serem editadas, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à pessoa jurídica.

Art. 5º Durante a análise do pedido de registro, a ANS fixará prazo, se necessário, prorrogável por uma única vez e limitado ao tempo máximo de instrução do art. 3º, para envio de esclarecimentos ou para alteração de condições de operação do produto, quando imprecisas ou conflitantes com a legislação em vigor.

Parágrafo único. Ocorrendo a hipótese prevista no *caput* deste artigo, será suspensa, durante o período concedido à pessoa jurídica para atendimento da exigência, a contagem dos prazos relativos ao registro que estejam definidos em normas da ANS.

Art. 6º Não cumpridos os requisitos ou constatado qualquer impedimento legal ao registro, o pedido será indeferido, não havendo impedimento à sua posterior adequação ou à apresentação de novo pedido.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas que tiverem seu pedido indeferido terão sua documentação integralmente devolvida.

CAPÍTULO II

DO REGISTRO DA OPERADORA

Art. 7º Para o procedimento de registro, as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão atender, no que couber, as disposições contidas no Anexo I desta Resolução.

Art. 8º A constituição do capital mínimo ou da provisão para operação, conforme disposto em norma própria, deverá ser integralmente realizada pelos subscritores ou interessados, sendo 10% (dez por cento), no mínimo, em moeda corrente.

Art. 9º O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar, em atenção ao disposto no art. 34 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo para as Autogestões Patrocinadas gerenciadas diretamente por Departamento de Recursos Humanos ou órgão assemelhado.

Art. 10. Cumpridas todas as exigências legais do registro, a pessoa jurídica receberá um número de inscrição que a habilitará ao procedimento de registro de produto e à apresentação do plano de negócios.

§ 1º Os documentos relativos ao pedido de registro de produto e os relativos ao plano de negócios deverão ser respectivamente encaminhados à Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO e à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, simultaneamente.

§ 2º O procedimento de registro da operadora por si só não autorizará a mesma a iniciar suas atividades de comercialização ou disponibilização de seus produtos.

CAPÍTULO III DO REGISTRO DO PRODUTO

Art. 11. Os planos privados de assistência à saúde a serem ofertados pelas operadoras, de que trata o art. 1º desta Resolução, deverão ser registrados na ANS como condição para sua comercialização, podendo este registro ser objeto de alteração, cancelamento ou suspensão, de acordo com o disposto nesta Resolução.

Art. 12. Para fins de aplicação dos dispositivos desta Resolução, consideram-se:

- I - Ativos – os registros que estejam em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização;
- II - Ativos com comercialização suspensa - os registros de planos com a oferta proibida para novos contratos, mantendo a assistência prevista nos contratos já firmados;
- III - Cancelados - os registros tornados inativos, por decisão da ANS ou a pedido da operadora.

Seção I

Dos Requisitos para Obtenção do Registro de Produto

Art. 13. A concessão do registro dependerá da análise da documentação e das características do plano descritas pela operadora, que deverão estar em conformidade com a legislação em vigor, e disposições do Anexo II.

§ 1º Além das informações sobre as características do produto, deverão ser apresentados junto com o pedido, comprovante de pagamento de Taxa de Registro de Produto – TRP, número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES de todos os prestadores da rede de serviços próprios ou contratados, para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98, Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, conforme disposto na RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, modelos de contrato, e outros itens que venham a ser exigidos na Instrução Normativa a ser publicada pela DIPRO.

§ 2º Justificada a impossibilidade de obtenção do número de registro no CNES de alguns dos prestadores, a exigência poderá ser substituída por declaração de suficiência qualitativa e quantitativa da rede de serviços próprios ou contratados, conforme modelo constante no anexo V da presente Resolução.

§ 3º Cessada a causa da impossibilidade mencionada no § anterior, o número de registro do CNES deverá ser informado no prazo de 30 dias contados da data de sua obtenção.

§ 4º Nenhum registro de plano será concedido sem que a operadora já tenha registrado, na mesma modalidade de contratação, um plano referência como definido no art. 10 da Lei n.º 9.656/98, quando obrigatório seu oferecimento.

Art. 14. O registro será autorizado quando presentes todos os requisitos para sua concessão, sendo o mesmo incorporado ao Sistema RPS da DIPRO com um número que passará a ser a identificação do plano de assistência à saúde junto à ANS.

CAPÍTULO IV DO PLANO DE NEGÓCIOS

Art. 15. O Plano de Negócios é um documento que contém a caracterização do negócio, sua forma de operar, seu plano para conquistar percentuais de participação de mercado e as projeções de despesas, receitas e resultados financeiros.

Art. 16. O Plano de Negócios deverá ser enviado à ANS na forma de documento impresso e em arquivo digital devidamente estruturado, conforme dispõe o Anexo III desta Resolução.

Parágrafo Único - A ANS poderá exigir, no todo ou em parte, os documentos e informações constantes no Anexo III, levando em consideração a segmentação e classificação da operadora.

Art. 17. A ANS analisará o Plano de Negócios com base nos seguintes critérios:

- I - atendimento aos requisitos de forma e conteúdo solicitados;
- II - racionalidade econômico-financeira e operacional do negócio;
- III - conhecimento do mercado; e
- IV - consideração dos aspectos regulatórios.

Parágrafo único. Se verificado, no acompanhamento periódico do Plano de Negócios, o afastamento dos objetivos e metas estabelecidos pela Operadora, a ANS determinará as medidas que deverão ser adotadas, conforme o caso, que poderá ser, entre outras:

I – esclarecimentos sobre as metas atingidas e os critérios previstos no art. 17 desta Resolução, ou a revisão procedida pela operadora e suas justificativas;

- II - apresentação de novo Plano de Negócios;
- III – apresentação de Plano de Recuperação;
- IV – suspensão da comercialização de todos os produtos, na forma do §4º do art. 9º da Lei 9.656/98;
- V – instalação de regimes especiais, observado o disposto no art. 24 da Lei 9.656/98.

CAPÍTULO V

DA MANUTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Art. 18. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde deverão manter, de forma regular e atualizada, o registro de operadora e o registro de produtos.

Seção I

Da Manutenção do Registro da Operadora

Art. 19. Para a manutenção da situação de regularidade do registro, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde deverão notificar quaisquer alterações das informações estabelecidas no Anexo I, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ocorrência da alteração.

§ 1º Os documentos de que trata o *caput* deverão ser encaminhados em envelope próprio, contendo correspondência assinada pelo representante legal da pessoa jurídica que ateste a veracidade das informações ali contidas.

§ 2º No caso de alteração do contrato social, de reforma estatutária, de assembléia geral ou de qualquer outro ato societário ou associativo, com alteração ou não dos contratos ou estatutos, as Operadoras somente deverão enviar a cópia após o respectivo arquivamento no órgão competente.

§ 3º As alterações decorrentes de atos que implicarem transferência de controle societário serão regidos por norma específica.

Seção II

Da Manutenção do Registro do Produto

Art. 20. Para manutenção da situação de regularidade do registro de produto, deverão permanecer inalteradas todas as condições de operação descritas no pedido inicial, devendo a Operadora, para tanto:

I - garantir a uniformidade das condições de operação aprovadas pela ANS para todos os beneficiários vinculados a um mesmo plano de assistência à saúde;

II - enviar regularmente à ANS as informações relativas ao plano, previstas na legislação em vigor;

III - não alterar as características do plano fora dos casos previstos na legislação, ou sem observar os procedimentos definidos pela ANS;

IV - manter as condições de suficiência da rede de serviços;

V - manter atualizada a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, de acordo com as normas específicas da ANS;

e

VI - manter um fluxo de produção de serviços assistenciais compatível com o universo de beneficiários assistidos e com a segmentação assistencial do plano.

Seção III

Da Suspensão e Alteração do Registro do Produto

Art. 21. No caso de descumprimento das condições de manutenção do registro de produto, a ANS determinará a suspensão temporária deste para fins de comercialização ou disponibilização, até que sejam corrigidas as irregularidades, sem prejuízo da assistência aos beneficiários já vinculados ao plano, ficando ainda a Operadora, quando for o caso, sujeita às penalidades previstas na Lei nº 9.656/98.

Art. 22. A alteração do registro de produto dependerá de autorização prévia da ANS e poderá ser requerida pela Operadora, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em Instrução Normativa da DIPRO.

§ 1º Não existindo beneficiários vinculados ao plano, poderá ser alterada qualquer das características constantes do registro .

§ 2º Existindo beneficiários vinculados ao plano, poderão ser alterados:

I – a rede hospitalar observando , nos casos de redução e substituição, o art. 17 da Lei nº 9.656/98, e sua regulamentação;

II - o nome do plano;

III – os itens abaixo, desde que configurem ampliação de cobertura assistencial ou do acesso à rede de serviços e não impliquem em ônus financeiro para os beneficiários:

A - a rede hospitalar, incluindo o tipo de vínculo com a operadora e a disponibilidade dos serviços,;

B - a rede de prestadores de serviço;

C - as regras de livre escolha de prestadores;

D - os serviços e coberturas adicionais;

E - a abrangência geográfica e área de atuação; e

F - a segmentação assistencial.

Parágrafo único. As alterações autorizadas pela ANS deverão alcançar a totalidade dos contratos vinculados ao plano, incluindo os anteriormente firmados.

CAPÍTULO VI DO CANCELAMENTO

Seção I

Do Cancelamento do Registro de Produto

Art. 23. O registro de produto poderá ser cancelado pela ANS, em caráter definitivo, nas seguintes hipóteses:

I - a pedido da Operadora, na forma prevista em Instrução Normativa da DIPRO, desde que não existam beneficiários vinculados ao plano;

II – de ofício, pela ANS:

a) quando decorrerem 180 (cento e oitenta) dias sem beneficiários vinculados ao plano; e

b) como etapa precedente ao cancelamento do registro de Operadora.

§ 1º O plano referência, quando for de oferecimento obrigatório, não será cancelado a não ser a pedido da Operadora que possuir mais de um produto deste tipo com registro ativo, na mesma modalidade de contratação, ou na hipótese da alínea b) do inciso II deste artigo.

§ 2º Os registros cancelados não serão passíveis de reativação.

Seção II

Do cancelamento do Registro de Operadora

Art. 24. A ANS cancelará o registro da Operadora nos seguintes casos:

I - incorporação, fusão ou cisão total;

II – inexistência de:

a) registro de produto ativo ou ativo com comercialização suspensa pelo prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias, observado o disposto no art. 12, incisos I e II desta Resolução; ou

a) - beneficiários vinculados a planos anteriores a 2 de janeiro de 1999, nas operadoras que não possuam planos posteriores à esta data.

Parágrafo Único Os registros cancelados não serão passíveis de reativação.

Seção III

Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento pela ANS

Art. 25. A ANS cancelará a autorização de funcionamento da Operadora nos seguintes casos:

I – de cancelamento do registro de Operadora, previsto no artigo anterior;

II – de ocorrência das hipóteses previstas no art. 9º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 24, de 13 de junho de 2000, em conformidade com o art. 25, VI, da Lei n.º 9.656/98;

III – de não-renovação da autorização de funcionamento, conforme previsto no art. 28, § 1º, da presente Resolução; ou

IV – nas hipóteses previstas no art. 1.125 do Novo Código Civil.

§ 1º A não-renovação prevista no inciso III implicará o preliminar cancelamento da autorização de funcionamento, com a manutenção do registro da Operadora na ANS, até que sejam ultimadas as providências de transferência da carteira de planos ou a verificação da inexistência de beneficiários, além das demais obrigações junto à ANS.

§ 2º A operadora registrada poderá satisfazer as pendências existentes para regularizar sua situação junto à ANS, recuperando, desde que cumpridas todas as exigências, sua autorização de funcionamento.

§ 3º Não procedida a regularização prevista no parágrafo anterior e findas as providências mencionadas no § 1º deste artigo, será cancelado o registro da Operadora, permanecendo ainda as obrigações financeiras oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar – TSS.

Seção IV

Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento por Solicitação da Operadora

Art. 26. Ao efetuar a solicitação do cancelamento da autorização de funcionamento, as Operadoras deverão enviar requerimento direcionado à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, devidamente assinado pelo Representante Legal da Operadora informando o código de registro da operadora junto à ANS e o número do CNPJ, anexando os seguintes documentos:

I - cópia autenticada do ato societário que deliberou pelo encerramento das operações de planos de assistência à saúde, arquivado no órgão competente, se for o caso;

II - declaração de inexistência de beneficiário de planos privados de assistência à saúde, quando for o caso;

III - declaração de inexistência de obrigações para com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde; e

IV - declaração de inexistência de contratos de assistência à saúde, como operadora, com pessoa física ou jurídica.

§ 1º O cancelamento a pedido somente será ultimado após a conferência das informações prestadas junto aos diversos setores da ANS.

§ 2º A ANS poderá, caso entenda necessário, solicitar outros meios que comprovem as aludidas declarações.
§ 3º As obrigações das operadoras não são ilididas com o pedido de cancelamento, permanecendo as de caráter financeiro oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar – TSS, mesmo se já ultimado o cancelamento com a baixa no registro da operadora.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 27. As operadoras que estiverem submetidas aos regimes especiais definidos na Lei n.º 9.656/98 e que não apresentem o cumprimento das exigências para o registro de Operadora e de Produto poderão sofrer a suspensão da comercialização de seus produtos, na forma do § 4º do art. 9º da Lei n.º 9.656/98, permanecendo ainda suas obrigações com os contratos já firmados.

Art. 28. A autorização de funcionamento será expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e terá validade de quatro anos, a contar da data da publicação no Diário Oficial da União do ato de deferimento de sua concessão, permitida sua renovação, sempre por igual período.

§ 1º Não fará jus à renovação da autorização de funcionamento, a operadora que não estiver em dia com as informações cadastrais e com outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, estando sujeita à transferência compulsória da carteira e, conseqüentemente, ao cancelamento da Autorização de Funcionamento.

§ 2º A operadora deverá solicitar a renovação da Autorização de Funcionamento com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento da mesma.

Art. 29. No caso de pessoas jurídicas que possuam estabelecimentos, tais como, filiais, sucursais, entre outros, somente será concedida uma única autorização de funcionamento, correspondente ao CNPJ da matriz.

Art. 30. A ANS poderá solicitar quaisquer informações adicionais de forma a subsidiar a concessão da autorização de funcionamento.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Seção I

Das Operadoras com Registro Provisório

Art. 31. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que possuem registro provisório junto à ANS terão um prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de publicação desta Resolução para requerer a autorização de funcionamento, devendo, para tanto, cumprir as seguintes exigências:

I – possuir situação regular em relação ao registro provisório; e

II – possuir, pelo menos, um registro ativo de produto, que deverá ser plano referência, quando obrigatório.

Art. 32. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde já registradas deverão atender, no que couber, os requisitos constantes no Anexo IV desta Resolução, para fins de sua regularização.

§ 1º A ANS poderá dispensar a apresentação dos documentos listados no Anexo IV desta Resolução para as Operadoras registradas que tenham cumprido as etapas preliminares de regularização, na forma definida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

§ 2º Ficam mantidas a segmentação e a classificação das Operadoras, bem como as demais condições estabelecidas na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000.

Art. 33. As Operadoras que detêm registros provisórios de planos, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias deverão complementar os dados de registro de acordo com as novas exigências contidas nesta Resolução, em procedimento a ser definido pela DIPRO.

Seção II

Do Cancelamento dos Registros Provisórios pela ANS

Art. 34. Decorridos 180 dias da publicação desta Resolução, serão cancelados todos os registro provisórios, das Operadoras que não tiverem obtido a autorização de funcionamento.

Art. 35. As Operadoras com registro provisório que não cumprirem o disposto nesta Resolução no prazo estabelecido no art. 31, ou tiverem sua solicitação de autorização de funcionamento junto à ANS indeferida por qualquer outro motivo, ficam sujeitas à transferência compulsória da carteira e, conseqüentemente, ao cancelamento do registro provisório.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. As pessoas jurídicas que, na data da publicação desta Resolução, estiverem com processo de registro provisório em curso na ANS estarão sujeitas integralmente às exigências do Capítulo I desta Resolução.

Art. 37. A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO editarão os atos que julgarem necessários ao aperfeiçoamento e cumprimento desta Resolução.

Art. 38. Os casos omissos nesta Resolução serão tratados pela Diretoria Colegiada.

Art. 39. A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n° 24, de 13 de junho de 2000, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 8º-A Estão sujeitas à penalidade pecuniária diária, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), as pessoas jurídicas de direito privado que atuarem no mercado de planos privados de assistência à saúde sem a autorização de funcionamento da ANS, na forma da Resolução Normativa – RN n° 85.”

Art. 40. Ficam revogadas as Resoluções de Diretoria Colegiada – RDCs n.º 4 e n.º 5, ambas de 18 de fevereiro de 2000.

Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor - Presidente

ANEXO I -

CONDIÇÕES GERAIS PARA CONCESSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ÀS PESSOAS JURÍDICAS PRETENDENTES

1- Para fins de registro da Operadora na ANS, as pessoas jurídicas que quiserem comercializar os produtos estabelecidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei n° 9.656/98 deverão preencher aplicativo, disponível em arquivo no sítio da ANS (<http://ans.gov.br>), com o nome e as informações solicitadas, enviando-o, em meio magnético (disquete de 3 ½”) dentro de envelope lacrado, para a ANS, localizada na Av. Augusto Severo, n.º 84, Glória CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/RJ, juntamente com o requerimento da autorização de funcionamento e os seguintes documentos:

1.1 Documento indicando formalmente o Representante da pessoa jurídica junto à ANS e o responsável pela área técnica de saúde, especificando o ato de designação, nomeação ou indicação e o prazo de duração, se houver.

1.2 Documento indicando o nome do contador, dos auditores independentes e do atuário com os respectivos números dos registros nos órgãos competentes.

1.3 Documento que apresente relação dos administradores em exercício na data da solicitação da autorização de funcionamento junto à ANS, indicando o ato e a data da eleição, nomeação ou designação, cargo e mandato.

1.4 Declaração, sob as penas da Lei, de que inexistente impedimento legal à participação dos controladores pessoas físicas em sociedade comercial, como sócio ou administrador e declaração individualizada de reputação ílibada dos controladores, conforme modelo de Termo de Responsabilidade integrante do Anexo da RN n.º 11, de 22 de julho de 2002.

1.5 Cópia autenticada do recibo de pagamento bancário da Taxa de Registro de Operadora - TRO, conforme o inciso II do art. 20 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

1.6 Cópia autenticada do cartão de registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica e do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF dos membros da Diretoria e dos Conselhos de Administração, Fiscal e afins, ambos fornecidos pela Receita Federal.

1.7 Cópia autenticada dos atos constitutivos da pessoa jurídica e alterações, registrados no órgão competente, representados, conforme o caso por Contrato Social, Ata da Assembléia Geral de Constituição, Assembléia Geral Extraordinária (AGE), Escritura Pública, no caso de subsidiária integral.

1.8 Cópia autenticada da ata da AGE ou da alteração contratual que transformou juridicamente a sociedade ou mudou seu objeto social, registrada no órgão competente.

1.9 Cópia autenticada do Estatuto Social ou da alteração contratual, consolidando as alterações aprovadas, se não se acharem inclusas na ata da AGE ou no Contrato Social.

1.10 Cópia autenticada da ata de Assembléia Geral Ordinária e/ou Extraordinária e/ou de Reunião do Conselho de Administração que elegeu os membros da Diretoria e dos Conselhos de Administração, Fiscal e afins, cujos mandatos estejam em curso, quando for o caso.

1.11 Cópia autenticada das atas das Reuniões de eleição dos demais Conselhos, quando for o caso.

1.12 Cópia autenticada de acordo de acionistas/quotistas ou contrato de usufruto das ações, se houver, das pessoas jurídicas e seus controladores, em que deverá constar cláusula de prevalência sobre qualquer outro compromisso não submetido à aprovação da ANS, ou declaração de sua inexistência.

1.13 Balanço Patrimonial, demonstração de resultado do último exercício e último balancete de verificação, todos devidamente rubricados em todas as folhas e assinados pelo presidente da empresa e pelo contador.

1.14 Declaração assinada pelo representante legal da pessoa jurídica quanto à classificação e às previsões da segmentação, com lista dos nomes dos Municípios onde a Operadora de Plano de Assistência à Saúde atuará, de acordo com o enquadramento na região de atuação, conforme disposto no Anexo I da RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001.

- 1.15 Documento que apresente relação dos bens e direitos, das dívidas, ônus reais e das obrigações, da (s) pessoa (s) física (s) controladora (s), direta ou indiretamente, da instituição.
- 1.16 No caso de pessoa jurídica em constituição, tendo como sócio(s), pessoa jurídica já constituída, enviar, adicionalmente, cópia autenticada do último contrato social consolidado e da ata da última Assembléia Geral Extraordinária que aprovou o Estatuto Social atual, sendo que, quando se tratar de organização com sede no exterior, tais documentos deverão ser traduzidos e registrados em Representação Diplomática do Brasil no país em que estiver situada a sede da instituição, acompanhados da respectiva tradução em língua portuguesa, feita por tradutor público juramentado.
- 1.17 Documento que apresente a estrutura do grupo controlador e o mapa de sua composição de capital e das pessoas jurídicas que dele participam. Caso o sócio seja pessoa jurídica, também deverá ser informado seu sócio, até o nível de pessoa física, quando possível.
- 1.18 Documento que apresente a composição societária da Operadora, direta e indiretamente, até o nível de pessoa física, indicando a quantidade e o percentual de cada participante no capital social, referente aos 3 (três) últimos exercícios.
- 1.19 Documento que informe a composição societária, especificando nomes, profissões, CPF, residências, domicílios e número de ações/quotas dos sócios detentores de 5% (cinco por cento) ou mais do capital social. Os outros investidores minoritários devem ser apresentados sob a denominação genérica “demais sócios”.
- 1.20 Cópia autenticada das certidões expedidas pelos órgãos competentes como entidade filantrópica e de utilidade pública, com no máximo 30 (trinta) dias de antecedência à data de solicitação de concessão da autorização de funcionamento junto à ANS, conforme o disposto no art. 17 da RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000.
- 1.21 Cópia autenticada do recibo de depósito bancário da realização do capital mínimo ou da constituição da provisão para operação e da constituição da provisão de risco, conforme disposto no art. 7º da RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001.
- 1.22 Cópia autenticada do registro, no Banco Central - BACEN, dos recursos utilizados pelo(s) controlador(es) para fazer face ao empreendimento, no caso de capital de origem estrangeira.
- 1.23 Documento que indique o Coordenador Médico de Informações em Saúde, conforme disposto na RDC n.º 64, de 16 de abril de 2001, e RDC n.º 78, de 20 de julho de 2001.
- 1.24 Comprovante do registro da emissão na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, quando se tratar de sociedade constituída por subscrição pública.
- 1.25 Cópia autenticada do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto nos artigos 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980 e 2º da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, e cópia autenticada do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde.
- 1.26 Inventário das instalações, recursos administrativos e estrutura gerencial para operação de planos de assistência à saúde e, quando for o caso, das instalações e equipamentos da rede própria para a prestação dos serviços de assistência à saúde.
- 1.27 Documento que expresse a metodologia a ser adotada pelo atuário responsável para o cálculo da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados, constante em Nota Técnica Atuarial de Provisões, para a aprovação da ANS.
- 1.28 As Entidades Filantrópicas deverão enviar cópia autenticada do certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estadual e municipal. No caso em que a entidade estiver em processo de renovação do certificado, a mesma deverá comprovar sua regularidade junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

ANEXO II – DO REGISTRO DE PRODUTO

A comercialização dos produtos estabelecidos no inciso I do art. 1º da lei nº 9.656/98 deverá seguir os procedimentos definidos em Instrução Normativa específica, com as informações quanto à sua caracterização abaixo listadas, juntamente com cópia do registro de operadora emitido pela DIOPE.

Características de composição do produto, que deverão ser informadas para a obtenção do registro.

1. NOME DO PLANO

2. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

- A Operadora deverá optar por uma das segmentações, de acordo com os seguintes códigos:

1.Ambulatorial

2.Hospitalar com Obstetrícia

3.Hospitalar sem Obstetrícia

4.Odontológico

5.Referência (Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia e acomodação padrão de enfermaria)

6. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
7. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
8. Ambulatorial + Odontológico
9. Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico
10. Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico
11. Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico
12. Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

- *Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A operadora deverá optar por apenas um tipo de contratação, por registro, entre as seguintes conceituações na Resolução CONSU n° 14/98:*

- 1 - Individual / Familiar
- 2 - Coletivo Empresarial
- 3 - Coletivo por Adesão

4. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA

- Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

- 1 - Nacional: em todo o território nacional
- 2 - Estadual: em todos os municípios do Estado
- 3 - Grupo de Estados: em todos os municípios de pelo menos dois Estados limítrofes ou não, não atingindo a cobertura nacional
- 4 - Municipal: em um município
- 5 - Grupo de Municípios: em mais de um e até 50% dos municípios do Estado. Admite-se o agrupamento de município de Estados limítrofes, desde que observado o limite de 50% dos municípios em cada um deles.

5. ÁREA DE ATUAÇÃO

A Operadora deverá discriminar os municípios ou Estados de cobertura e comercialização do Plano, de acordo com a ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA adotada acima, à exceção da nacional, limitados às áreas e observações previstas na Tabela C da RDC n° 77, de 7 de maio de 2001.

Os contratos com os consumidores deverão discriminar os Estados e municípios quando a cobertura não abranger todos indicados para atuação no registro.

6. ENTIDADES HOSPITALARES

- A Operadora deverá informar o CNES, CNPJ, RAZÃO SOCIAL, MUNICÍPIO E UF, das entidades hospitalares que fazem parte de plano com segmentação assistencial hospitalar, obstétrica e referência, ou atendimento de urgência/emergência no ambulatorial. Os planos operados exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores estão desobrigados dessa informação.

7. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO EM INTERNAÇÃO

- A Operadora deverá indicar o tipo de acomodação hospitalar oferecida pelo plano, conforme se segue:

- 1 - Individual (não compatível com plano referência)
- 2 - Coletiva (enfermaria)

8. RELAÇÃO COM ENTIDADE HOSPITALAR E DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS

- Definir o vínculo da rede com a Operadora e a abrangência dos serviços disponíveis, conforme abaixo:

- 1 - Própria: propriedade da operadora
- 2 - Contratualizada: instrumento formalizando a relação com a operadora
 - 2.1 - Direta: instrumento jurídico assinado entre as partes
 - 2.2 - Indireta: intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional. Nestes casos informar o n° de registro na ANS da operadora que contrata diretamente a entidade hospitalar.

- Disponibilidade dos serviços

1. Parcial
2. Total

9. ACESSO A LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

A Operadora deverá informar em quais coberturas o consumidor poderá utilizar o sistema de reembolso para acesso a prestadores de serviço não participantes da rede assistencial.

- 1 - Consultas Médicas
- 2 - Exames Complementares
- 3 - Internações
- 4 - Terapias
- 5 - Atendimento Ambulatorial

- 6 - Consultas Odontológicas
- 7 - Exames Odontológicos Complementares
- 8 - Prevenção Odontológica
- 9 - Periodontia
- 10 - Dentística
- 11 - Endodontia
- 12 - Cirurgia Odontológica Ambulatorial
- 13 - Procedimentos não pertencentes ao Rol Odontológico ou Médico-hospitalar

10. FATOR MODERADOR

Indicar existência de mecanismo financeiro de regulação, isto é, se o beneficiário terá que participar no pagamento de cada procedimento, conforme classificação do art. 3º da Resolução CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998:

- 1. Co-Participação: é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, após a realização de procedimento.
- 2. Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo beneficiário diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

11. FORMAÇÃO DO PREÇO

São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:

1 - pré-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas;

2 - pós-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado à contratação coletiva em caso de plano médico-hospitalar. O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes opções:

I – rateio – quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os beneficiários do plano, independentemente da utilização da cobertura;

II – custo operacional – quando a operadora repassa à pessoa jurídica contratante o valor total das despesas assistenciais.

1) misto: permitido apenas em planos odontológicos, conforme RN nº 59/03

12. CONDIÇÕES DE VÍNCULO DO BENEFICIÁRIO EM PLANOS COLETIVOS

Definir se o plano coletivo destina-se a massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou a sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante.

1) com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica contratante;

2) com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos sem justa causa;

3) sem vínculo empregatício: destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.

13. PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE

São as formas de se caracterizar, quanto à participação financeira ou intermediação de recursos dos participantes, o papel da pessoa jurídica contratante de um plano coletivo perante a operadora que garante a cobertura de serviços assistenciais.

1) coletivo com patrocínio – quando a pessoa jurídica participa financeiramente do custo da assistência, parcial ou integralmente, ou responsabiliza-se pelo recolhimento dos recursos e repasse à operadora;

2) coletivo sem patrocínio – quando não há participação financeira da pessoa jurídica no custeio da assistência ou sua intermediação no pagamento.

14. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

Serviços ou cobertura adicionais de assistência à saúde, não previstas na Lei 9.656/98 ou pertencentes ao Rol Médico ou Odontológico, conforme abaixo:

- Assistência / internação domiciliar
- Assistência farmacêutica;
- Transporte aeromédico;
- Emergência domiciliar e/ou fora da abrangência geográfica contratada;
- Transplantes não obrigatórios;
- Procedimentos estéticos;
- Assistência internacional;
- Saúde Ocupacional;
- Ortodontia
- Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;

- Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência;
- Isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;
- Outros (especificar).

Observações:

1. Cada opção indicada para ÁREA DE COBERTURA, TIPO DE ACOMODAÇÃO, ACESSO A LIVRE ESCOLHA e FATOR MODERADOR deverá estar contemplada em anexo específico da respectiva Nota Técnica de Registro de Produto;
2. Quando houver comercialização de COBERTURAS e SERVIÇOS ADICIONAIS, além da obrigatória explicitação nos instrumentos contratuais dos planos ou em aditivos, os cálculos para esses opcionais deverão constar em anexos específicos da NTRP. Na hipótese dessa contratação ocorrer em separado do plano dispensar-se-á a informação.

ANEXO III – DO PLANO DE NEGÓCIOS

1. O Plano de Negócios requerido às Operadoras deverá ser enviado para a ANS na forma de documento impresso e também em arquivo digital composto das seguintes partes:

- 1.1 – Sumário Executivo;
- 1.2 – Resumo da Operadora, conforme for o caso;
- 1.3 – Carteiras de Planos e/ou Serviços;
- 1.4 – Análise do Mercado;
- 1.5 – Organização e Gerência do Negócio; e
- 1.6 – Planejamento Financeiro.

1.1 O Sumário Executivo deverá abordar, de forma clara e sucinta, os seguintes pontos:

- a) a oportunidade que foi identificada e sua transformação em um negócio;
- b) o que está sendo vendido, qual o mercado para esses produtos e como foi feita a abordagem a este mercado, o que será vendido, qual o mercado para esses produtos e como será feita a abordagem a este mercado;
- c) os fatores críticos de sucesso;
- d) um resumo de sua operação;
- e) os sócios e a estrutura de propriedade da operadora;
- f) os investimentos necessários para melhorar sua posição no mercado ou para se posicionar no mercado;
- g) os custos fixos mensais para manter a Operadora em funcionamento sem faturar;
- h) a receita prevista para os próximos três anos e a sua forma de evolução;
- i) o ponto em que a operadora passou (ou passa) a ter receitas capazes de cobrir suas despesas; e
- j) quando os investidores irão recuperar os investimentos feitos e quais as perspectivas futuras do negócio.

1.2 O Resumo da Operadora deverá abordar os seguintes aspectos:

- a) os sócios, acionistas ou investidores da Operadora, seus currículos mostrando suas qualificações e habilitação para explorar o negócio e a forma como estão dividindo suas responsabilidades na Operadora e realizando o seu gerenciamento; e
- b) a especificação da forma jurídica da pessoa jurídica, seu capital, localização da sede e a divisão de cotas.

1.3 A Descrição das Carteiras dos planos e serviços deverá abordar os seguintes aspectos:

- a) descrever, com clareza, cada uma das carteiras que a Operadora está (ou estará) comercializando;
- b) descrever seu mercado e as principais necessidades detectadas com os beneficiários;
- c) descrever os segmentos de mercado de planos a focar, quanto à abrangência geográfica da cobertura e atuação, modalidade de contratação e segmentação assistencial;
- d) analisar os custos para o fornecimento de seus produtos e os preços que podem ser praticados no mercado;
- f) avaliar as margens que podem ser obtidas na operação das carteiras; e
- g) descrever a estratégia de preços e as previsões de vendas.

1.4 A Análise do Mercado deverá abordar os seguintes aspectos:

- a) elaboração de projeções sobre o mercado: mercado total em n o de beneficiários e em faturamento;
- b) critérios de segmentação desse mercado;
- c) participação percentual de mercado dos concorrentes;
- d) forma de venda dos produtos;
- e) análise de sensibilidade do mercado, identificando e analisando os competidores;
- f) análise da concorrência em relação aos seus pontos fortes e fracos no que tange a produto, preço, canais de distribuição, reputação, posição financeira e segmento de mercado em que opera; e
- g) avaliação do comportamento do beneficiário em relação à imagem da Operadora através de pesquisa de mercado.

1.5 A Organização e Gerência do Negócio deverá abordar os seguintes aspectos:

- a) composição da equipe gerencial e dos quadros quantitativos de pessoal por função, com perfis profissionais e responsabilidades definidas;
- b) organograma contendo a estrutura da organização e as atribuições de cada área;
- c) nomes e currículos dos componentes da equipe de gerência, atribuições e responsabilidades; e
- d) plano de pessoal detalhado.

1.6 O Planejamento Financeiro deverá abordar os seguintes aspectos:

- a) premissas e cenários constituídos;
- b) probabilidade de efetivação dos cenários;
- c) plano projetado e desempenho de outras Operadoras da área ou da Operadora em períodos anteriores;
- d) ponto de equilíbrio econômico-financeiro da Operadora;
- e) custos irre recuperáveis;
- f) projeção de lucros e perdas;
- g) análise do fluxo de caixa projetado;
- h) valor das receitas esperadas;
- i) balanço projetado para a Operadora; e
- j) análise dos indicadores financeiros: liquidez, estrutura de capital, custos e rentabilidade.

ANEXO IV - CONDIÇÕES GERAIS PARA A CONCESSÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO ÀS OPERADORAS COM REGISTRO PROVISÓRIO

1 - Para fins de regularidade no registro provisório, as Operadoras deverão enviar para a ANS, localizada na Av. Augusto Severo, n.º 84, Glória, CEP: 20.021-040, Rio de Janeiro/ RJ, o requerimento da autorização de funcionamento e os seguintes documentos:

- 1.1 Documento indicando formalmente o Representante da pessoa jurídica junto à ANS e o responsável pela área técnica de saúde, especificando o ato de designação, nomeação ou indicação e o prazo de duração, se houver.
- 1.2 Documento indicando o nome do contador, dos auditores independentes e do atuário com os respectivos números dos registros nos órgãos competentes.
- 1.3 Cópia autenticada do recibo de pagamento bancário da Taxa de Registro de Operadora - TRO, conforme o inciso II do art. 20 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
- 1.4 Documento que apresente fundamentação do enquadramento em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, de acordo com o disposto na RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000.
- 1.5 Cópia autenticada das certidões expedidas pelos órgãos competentes como entidade filantrópica e de utilidade pública, até 30 (trinta) dias anteriores à data de solicitação de concessão da autorização de funcionamento junto a ANS, conforme o disposto no art. 17 da RDC n.º 39, de 27 de outubro de 2000;
- 1.6 Documento que comprove a integralização do capital mínimo ou a constituição da provisão para operação, conforme o caso, referidas nos arts. 5º e 6º combinados com o inciso II do art. 11 da RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001, bem como comprove a constituição da provisão de risco, conforme disposto no art. 7º da mesma RDC.
- 1.7 Balancete analítico, assinado por contador registrado no Conselho Regional de Contabilidade – CRC, referente ao mês anterior à data do pedido de autorização de funcionamento, que comprove a utilização do Plano de Contas Padrão instituído pela RDC n.º 38, de 27 de outubro de 2000, alterado pela RN n.º 3, de 18 de abril de 2002 e pela RN n.º 27, de 1º de abril de 2003, no caso de Operadoras, e pela RN n.º 28, de 1º de abril de 2003, no caso das Seguradoras Especializadas em Saúde.
- 1.8 Cópia autenticada do contrato ou estatuto social consolidado, registrado no órgão competente.
- 1.9 Demonstração da composição societária da Operadora, direta e indiretamente, até o nível de pessoa física, indicando a quantidade e o percentual de cada participante no capital social, referente aos 3 (três) últimos exercícios.
- 1.10 Documento especificando os Municípios onde a Operadora de Planos de Assistência à Saúde atua, de acordo com o enquadramento na região de atuação, conforme disposto no Anexo I da RDC n.º 77, de 17 de julho de 2001.
- 1.11 Cópia autenticada da publicação das demonstrações contábeis do último exercício, quando o controlador for pessoa jurídica, auditada por auditor independente devidamente registrado na Comissão de Valores Imobiliários - CVM, ou, no caso de sociedades não obrigadas à publicação de demonstrações contábeis, parecer de auditoria independente do último exercício social.
- 1.12 Cópia autenticada do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto nos artigos 1º da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980 e 2º da Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, e cópia autenticada do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde.
- 1.13 Inventário das instalações, recursos administrativos e estrutura gerencial para operação de planos de assistência à saúde e, quando for o caso, das instalações e equipamentos da rede própria para a prestação dos serviços de assistência à saúde.

1.14 Nota Técnica Atuarial de Provisões, apresentando descrição da metodologia adotada pelo atuário responsável pelo cálculo da Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados, para a aprovação da ANS.

1.15 Cumprimento das exigências da RN n.º 11, de 22 de julho de 2002.

1.16 As Entidades Filantrópicas deverão comprovar regularidade junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

2 - Além dessas informações, a ANS verificará:

2.1 Se a Operadora possui pelo menos um produto referência registrado e ativo na ANS por cada modalidade de contratação que opere, com exceção das Autogestões Patrocinadas e das Operadoras exclusivamente odontológicas, que deverão apenas apresentar declaração de que possuem ao menos um produto registrado na ANS.

2.2 No caso das Operadoras que só possuam produtos anteriores à Lei n.º 9.656/98, o atendimento ao Sistema de Cadastro de Planos instituído pela RN n.º 56, de 4 de dezembro de 2003.

2.3 Indicação do Coordenador Médico de Informações em Saúde, conforme disposto na RDC n.º 64, de 16 de abril de 2001 e RDC n.º 78, de 20 de julho de 2001.

2.4 Envio do DIOPS e do FIP, conforme o caso, referente ao trimestre anterior ao período de solicitação da autorização de funcionamento.

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE SUFICIÊNCIA DA REDE DE SERVIÇOS

Não tendo sido possível a obtenção do número de registro no CNES de todos os prestadores, declaro, sob as penas da lei e para os fins do art. 13 da Resolução Normativa n.º 85, que esta operadora garante o acesso de seus beneficiários em serviços de assistência no prazo máximo de 10 (dez) dias para os procedimentos básicos e consultas e em até 20 (vinte) dias nos procedimentos de maior complexidade, afirmando assim possuir suficiência qualitativa e quantitativa na rede de serviços para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98. Para tal, utilizo prestadores próprios e/ou contratados diretamente, inclusive pela vinculação de entidades fora da abrangência geográfica contratual, ou indiretamente mediante acordos operacionais com outras operadoras.