



Artigo

O impacto do novo indicador do monitoramento da garantia de atendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS nas operadoras de planos de saúde

Por Gislaine Pires Villas Boas e Goldete Prizskulnik

Gislaine Pires Villas Boas

Advogada e Psicopedagoga. Pós-graduada em Direito Contratual pela PUC/SP e pós-graduada em Psicopedagogia Baseada na Análise do Comportamento Aplicada – ABA pelo Centro Universitário Celso Lisboa em parceria com Cbi of Miami. Membro do GNT Saúde Suplementar da AIDA-Brasil. Acadêmica da Academia Nacional de Seguros e Previdência – Setor Saúde Suplementar (ANSP).

Goldete Prizskulnik, MSc, MBA, MD

Médica. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. MBA em Gestão de Planos de Saúde. Executiva em Gestão em Saúde Suplementar e Consultora Sênior para Assuntos de Gestão, Regulação e Auditoria em Saúde. Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Auditoria Médica (SBAM). Diretora de Assuntos Institucionais da ISPOR – Capítulo Brasil.

Resumo: O presente artigo trata-se de uma reflexão sobre o atual cenário das Operadoras de Planos de Saúde em relação ao novo cálculo adotado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no monitoramento das garantias assistenciais por intermédio das NOTIFICAÇÕES DE INTERMEDIACÃO PRELIMINAR – NIPs. Em apertada síntese, iniciamos o presente artigo com breve explanação sobre este instrumento, explicando o novo indicador, a perspectiva da Agência Reguladora com esta ampliação da base de cálculo e o impacto técnico, regulatório e jurídico nas Operadoras de Saúde.

Palavras-Chave: Ajuste do indicador no monitoramento assistencial. Abordagem técnica, regulatória e jurídica das NIPS. Novas regras da ANS.

Abstract: This article is a reflection on the current scenario of Health Insurance Operators in relation to the new calculation adopted by the National Supplementary Health Agency – ANS in monitoring assistance guarantees through PRELIMINARY INTERMEDIATION NOTIFICATIONS – NIPs. In short, we begin this article with a brief explanation of this instrument, explaining the new indicator, the Regulatory Agency's perspective with this expansion of the calculation base and the technical, regulatory and legal impact on Health Operators.

Key words: Adjustment of the indicator in assistance guarantees monitoring. Technical, regulatory and legal approach to NIPS. New ANS rules.

Introdução

A atuação na Saúde Suplementar está se tornando cada vez mais profissional e desafiadora para as Operadoras de Planos de Saúde (OPSS) e os beneficiários/consumidores devido a regulação e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Em 2024, a ANS aprovou e publicou um ajuste no indicador do monitoramento das garantias de atendimento advindos das Notificações de Intermediação Preliminar, as NIPs, que decorrem sobre negativas de cobertura assistencial ou demora no tempo de atendimento e/ou realização de procedimentos, chamada de garantia do atendimento.

A Instrução Normativa ANS nº 36 de 11 de julho de 2024 traz o novo indicador no cálculo do monitoramento em que deve ser considerado 50% do total de demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários no período referente a cada ciclo como base de cálculo do numerador.

Para compreender o efeito que esta determinação causou e o novo cenário que as OPSS passaram a ser monitoradas pela ANS no mercado de Saúde Suplementar é necessário entender inicialmente o instituto das Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs), o monitoramento da garantia de atendimento e a atualização do cálculo assistencial, a pretensão da ANS na adoção da nova medida e os impactos técnicos, regulatórios e jurídicos nas OPSS.

1. DA NOTIFICAÇÃO DE INTERMEDIAÇÃO PRELIMINAR – NIP

Conhecida como NIP, a Notificação de Intermediação Preliminar é um instrumento adotado pela ANS automatizado para que a OPS e o seu beneficiário possam dirimir seus conflitos solucionando a demanda extrajudicialmente, sendo dividida em:

- NIP Assistencial, que trata da restrição ao acesso à cobertura assistencial (realização consultas, exames, cirurgias etc.) e,
- NIP Não Assistencial decorrentes de temas não relacionados a cobertura assistencial, entretanto, o beneficiário está diretamente ligado na conduta que lhe foi apresentada (carências, mensalidades, reajustes, dentre outros).

Aberta a demanda NIP pelo beneficiário na Agência Reguladora, seja pelo disque ANS ou pelo formulário eletrônico disponível no próprio site da ANS, a OPS apresenta a solução do referido conflito, observado o prazo estipulado para cada modalidade de demanda NIP (NIPs assistenciais em até 05 dias úteis e NIPs não assistenciais em até 10 dias úteis), devendo eletronicamente no Portal da Operadora – Espaço NIP disponível no site da ANS protocolar em até 10 dias úteis para análise da fiscalização, a sua resposta e, ainda, as evidências comprobatórias da solução do conflito, documentações que identifiquem a elegibilidade e o contato com o beneficiário e outros comprovantes que corroborem a análise da solução da demanda.

Importante esclarecer que como a NIP atua para conciliar questão entre as duas partes, o relato do beneficiário já é o suficiente para que a ANS peça esclarecimentos à OPS. Essa particularidade torna o instituto da NIP muito favorável ao beneficiário que não necessita de documentos comprobatórios para a abertura da demanda, precisando somente de um número de protocolo emitido pela OPS que comprove que antes de cientificar a ANS para abertura de NIP o usuário procurou uma possível conciliação com a OPS, sendo que em casos de urgência ou emergência esse protocolo é dispensado.

O que temos visto na prática diária da Regulação Médica, é que o beneficiário entra em contato com a OPS para ter em mãos o número do protocolo necessário e aciona a ANS antes mesmo dos prazos regulamentares se esgotarem, prazos esses que estão estabelecidos pela RN nº 566 de 29 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Isto acontece porque o beneficiário por vezes, desconhece ou não quer aguardar até vinte e um (21) dias úteis para uma internação eletiva, ou dez (10) dias úteis para uma liberação de quimioterapia oral, por exemplo.

Dentro das OPSs os prazos estabelecidos pela ANS são utilizados para que a Regulação Médica possa verificar, através da Auditoria Médica o cumprimento das regras de cobertura assistencial. É importante salientar que é preciso analisar se o procedimento está contemplado pelo Rol de Procedimento e Eventos em Saúde, se possui uma Diretriz de Utilização (DUT) e se o procedimento solicitado requer algum Dispositivo Médico Implantável (DMI) ou se precisa de uma Órtese, Prótese ou Material Especial (OPME) que também necessita ser verificado, analisado e eventualmente cotado financeiramente.

Os prazos da ANS proporcionam a oportunidade de em casos de divergências entre a OPS e o médico assistente, que se proceda a Junta Médica, conforme determinado pela RN nº 424 de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre critérios para a realização de Junta Médica ou Odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. O cumprimento expresso do rito da Junta Médica, isentará a OPS de sanções junto a ANS em casos de negativas totais ou parciais de procedimentos, inclusive de OPMEs e DMIs.

Decorrido o prazo da OPS, o beneficiário recebe da ANS comunicação automática para que até 10 dias úteis responda se o conflito foi solucionado ou não. Uma vez informada a solução ou ausência de resposta do beneficiário no referido período, no intuito de monitorar o ciclo fiscalizatório, a ANS altera o status da NIP para demanda inativa (em que pese essa NIP ter a possibilidade de ser reaberta a qualquer tempo).

Caso o beneficiário entenda que a demanda NIP não foi solucionada e, ato contínuo, comunique a ANS, esta será classificada como não resolvida e será submetida para análise fiscalizatória NIP que concluirá por:

- Não procedente: Não há conduta infrativa;
- Reparação Voluntária e Eficaz (RVE): Houve a reparação da Operadora com a solução do conflito dentro do prazo estabelecido no artigo 10 da RN 483/2022[1];
- Não se Aplica: Demandas abertas em duplicidade, beneficiário não é da Operadora etc.;
- Não resolvida: Demandas que não foram resolvidas ou foram resolvidas fora do prazo legal do artigo 10 da RN 483/2022.

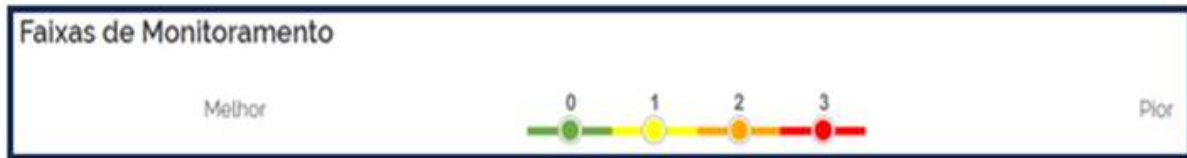
Essa classificação das reclamações realizadas pela Agência Reguladora é de extrema importância para o monitoramento da garantia de atendimento, pois, atualmente, as demandas NIPs assistenciais que são configuradas como “Não resolvida” nos termos da RN 483/22 são computadas no cálculo deste monitoramento e, não obstante, direcionadas ao núcleo fiscalizatório para autuação.

2. DO NOVO INDICADOR NO MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO E PERSPECTIVAS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.

Na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS discussões técnicas e regulatórias foram amplamente debatidas para conclusão do ajuste no indicador do monitoramento das garantias de atendimento. Estabelecida em 2012, o monitoramento da garantia de atendimento busca como principal objetivo avaliar o cumprimento dos prazos máximos de atendimento estabelecidos no artigo 3º da Resolução Normativa nº 566 de 2022[2], bem como avaliar se as reclamações relacionadas a cobertura assistencial ao beneficiário vêm sendo cumpridas pelas OPSs.

[1] Art. 10. Recebida a demanda de reclamação pela ANS, a operadora será notificada para que adote as medidas necessárias para a solução da demanda junto ao beneficiário nos seguintes prazos: I – até 5 (cinco) dias úteis na NIP assistencial; e II – até 10 (dez) dias úteis na NIP não assistencial. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp104/3normativo483.pdf>

Com o processamento dessas informações de maneira periódica, a ANS passa a classificar as OPSs em faixas, devendo ser considerado um pior resultado no indicador a OPS que atingir na metodologia do cálculo uma faixa superior. Os resultados são divulgados trimestralmente no site da ANS, possibilitando uma análise comparativa entre elas, conforme ilustra em seu portal[3]:



Para acompanhar esse monitoramento, a ANS aplica o método de cálculo disponível no anexo da Instrução Normativa ANS nº 31 de 19/12/2022[4]:

NIPs Assistenciais¶

$$x = \frac{\sum \text{NIPs Assistenciais}}{\bar{x} \text{ beneficiários}} \times 10.000¶$$

Onde:¶

$\sum$ NIPs Assistenciais: → reclamações que tenham como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial, processadas no âmbito NIP.¶

$\bar{x}$ beneficiários: → média da quantidade de beneficiários dos últimos três meses informados pela operadora no SIB/ANS.¶

No que se refere à metodologia aplicada pela Instrução Normativa ANS nº 31 de 19/12/2022, o novo indicador apresentado na Instrução Normativa ANS nº 36 de 11/07/2024, traz a alteração do cômputo de reclamações geradas no período de avaliação e classificadas como Reparação Voluntária e Eficaz – RVE ou encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador para o cômputo do quantitativo a 50% (cinquenta por cento) das demandas geradas no período de avaliação e indicadas como “Não resolvidas”, após retorno do beneficiário para informar sobre a solução da demanda.

Assim, dispõe o artigo 6º[5]:

“Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:

I – o quantitativo referente a cinquenta por cento das demandas de reclamações mencionadas no art. 4º, geradas no período de avaliação e indicadas como “Não resolvidas” após retorno do beneficiário para informar sobre a solução da demanda; (grifo nosso)

II – o número médio de beneficiários no período de avaliação, de acordo com as mais recentes informações disponíveis, prestadas pela operadora de plano de assistência à saúde ao Sistema de Informações de Beneficiários – SIB da ANS”.

[2] Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM0MQ==>

[3] Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento>

[4] Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/ANEXO.pdf>

Nesse sentido, para melhor entendimento da mudança do indicador, a ANS divulgou o seguinte quadro comparativo em seu portal[6]:

Antes do ajuste no indicador	Depois do ajuste no indicador
Tipo de demanda	
- Demandas assistenciais classificadas como Núcleo e RVE*	- Demandas assistenciais informadas como não resolvidas pelo beneficiário
Quantidade de demandas	
- Todas as demandas analisadas/classificadas como Núcleo e RVE até a data do processamento do Monitoramento da Garantia de Atendimento	- 50% das demandas assistenciais informadas como não resolvidas pelo beneficiário durante o período avaliativo do ciclo do Monitoramento da Garantia de Atendimento

Importante esclarecer que esta nova abordagem da metodologia iniciou seu 1º ciclo com base nas demandas NIPs assistenciais recebidas entre 01/10/2024 e 31/12/2024 e a apuração e o resultado das OPSS por faixa de classificação terá sua publicação em fevereiro de 2025 no portal da ANS. Para a ANS, a mudança de comportamento das OPSS será importante, visto que a ampliação no uso de um número maior de demandas assistenciais registradas pelos beneficiários será alcançada, uma vez que será considerado 50% do total de demandas informadas como não resolvidas pelos beneficiários no período referente a cada ciclo.

A pretensão é permitir que a ANS tenha uma melhor eficiência na identificação das OPSS que venham enfrentando problemas nas garantias de atendimento de sua operação, haja vista que deixa de depender de análise manual do agente regulador para apuração de demandas assistenciais existentes.

E uma vez mantida as questões relacionadas ao atendimento do beneficiário e identificadas as irregularidades apresentadas para sua intervenção, há uma consequente melhora da auditoria interna da ANS na apuração do Monitoramento da Garantia de Atendimento a qual é pertencente o monitoramento do Risco Assistencial em conjunto com o Mapeamento do Risco Assistencial, que também adota faixas de classificação quanto a qualidade da OPS no mercado de saúde suplementar.

O interesse da ANS é prevenir anormalidades que impeçam a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde prestado pelas operadoras e proteja os beneficiários destes riscos assistenciais identificados.

[5] Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOA==>

[6] Disponível em: [Nesse sentido, para melhor entendimento da mudança do indicador, a ANS divulgou o seguinte quadro comparativo em seu portal\[6\]:](#)

3. Dos impactos técnicos, regulatórios e jurídicos nas Operadoras de Planos de Saúde neste novo cenário.

A análise de fiscalização do Monitoramento das Garantias de Atendimento é realizada de acordo com os seguintes períodos de avaliação:

- 01 de janeiro a 31 de março;
- 01 de abril a 30 de junho;
- 01 de julho a 30 de setembro; e
- 01 de outubro a 31 de dezembro.

De acordo com a avaliação de cada período estabelecido, as OPSs poderão obter as seguintes posições:

- Faixa 0: operadoras que não tenham registro de demandas de reclamações classificadas nos termos do inciso I do art. 6º [Z], da Instrução Normativa ANS nº 31/2022;
- Faixa 1: resultado menor que a mediana;
- Faixa 2: resultado maior ou igual a mediana e menor ou igual a cinquenta por cento acima da mediana; ou
- Faixa 3: resultado maior que cinquenta por cento acima da mediana.

Assim, uma vez que a OPS é classificada na faixa 3 – pior resultado, seja pelo enquadramento do método de cálculo atual aplicado, seja pela ausência do envio dos dados cadastrais dos beneficiários ao SIB no período de avaliação, passa a ser monitorada e, uma vez reiterado sequencialmente este mesmo resultado para o próximo trimestre, passa a apresentar risco à assistência à saúde, havendo a suspensão de comercialização dos planos de saúde envolvidos, bem como a suspensão do ingresso de novos beneficiários vedados temporariamente.

Essa medida é adotada para que a OPS possa rever sua operação e providencie melhorias nas garantias assistenciais requeridas pelos seus beneficiários e para que possa no trimestre subsequente ser reavaliada e, uma vez que deixa de apresentar risco na garantia de atendimento aos seus beneficiários, pelo monitoramento, volte a oferecer os planos de saúde envolvidos no ciclo fiscalizatório para novas comercializações ou ingresso de novos beneficiários no referido plano de saúde.

[7] Art. 6º O cálculo do indicador terá como fontes:

I – o quantitativo referente a cinquenta por cento das demandas de reclamações mencionadas no art. 4º, geradas no período de avaliação e indicadas como “Não resolvidas” após retorno do beneficiário para informar sobre a solução da demanda. Disponível em: [6] Disponível em: Nesse sentido, para melhor entendimento da mudança do indicador, a ANS divulgou o seguinte quadro comparativo em seu portal[6]:

Não obstante, caso permaneça na pior faixa (faixa 3), a OPS está sujeita ainda a direção fiscal, conforme dispõe ao artigo 16 da Instrução Normativa ANS nº 31 de 2022[8]:

“Art. 16. Constatado, na consolidação de avaliações, risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá se valer de critérios decorrentes da sua discricionariedade técnica para adotar quaisquer das medidas administrativas previstas no artigo 12-A da Resolução Normativa nº 259, de 2011 ou norma que vier a sucedê-la, quais sejam:

I – suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos de assistência à saúde; e

II – decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na Resolução Normativa nº 485, de 2022, ou norma que vier a sucedê-la, com a possibilidade de determinação do afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º As medidas administrativas previstas no caput são independentes entre si e podem ocorrer de forma simultânea.

§ 2º A adoção das medidas administrativas mencionadas no caput ocorrerá sem prejuízo da aplicação das penalidades estabelecidas na legislação e na regulamentação aplicáveis para cada caso”. (grifo nosso).

Assim, muito embora a intenção da ANS tenha como interesse identificar de maneira mais clara, possíveis anormalidades na operação da garantia de atendimentos das OPSs, a mera insatisfação do beneficiário como indicador do cálculo do Monitoramento da Garantia de Atendimento traz a insegurança técnica, regulatória e jurídica praticadas ao consumidor.

E isso porque, quando se trata de identificação de condutas de infração praticadas pelas OPSs, durante todo o período do Monitoramento da Garantia de Atendimento, as questões técnicas, regulatórias e jurídicas, com a nova mudança do indicador, deixaram de ser apuradas no momento da classificação do resultado no período selecionado, prevalecendo em muitos casos apenas uma opinião subjetiva do consumidor.

Em se tratando de irregularidades não configuradas pela OPS, mas sim, de mero dissabor do consumidor, o aumento significativo da judicialização poderá, conseqüentemente, ser a nova realidade para se evitar medidas punitivas às OPSs como suspensão de planos, direção fiscal, multas administrativas, danos reputacionais dentre outros prejuízos que possam decorrer da aplicação deste novo indicador no método de cálculo do Monitoramento da Garantia de Atendimento.

[8] Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOA==>

4. Do painel de Taxa de Intermediação Resolvida – TIR.

Paralelo a este novo cenário que envolve as NIPs, a ANS lançou em março de 2025 uma nova ferramenta que divulga a capacidade de resolução de conflitos entre beneficiários e Operadoras de Saúde e Administradora de benefícios, apurados pela Agência Reguladora mensalmente, denominado Painel de Taxa de Intermediação Resolvida – TIR[9].

Este painel possui a finalidade de demonstrar à sociedade, por meio da intermediação da ANS, o comportamento das Operadoras de Saúde e Administradora de benefícios frente as reclamações registradas pelos seus consumidores via Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

Essa nova ferramenta traz um panorama de diversos assuntos que a sociedade poderá visualizar da Taxa de Intermediação Resolvida – TIR, que são:

- a) Visão geral da evolução da TIR: possibilidade de analisar o período selecionado, por tema de reclamação de cobertura de atendimento assistencial tais como prazos, carências, rede credenciada, etc. ou de cobertura de atendimento não assistencial tais como contratos, portabilidades, reajustes, mensalidades, etc., por modalidade de ente regulado como Operadora, Seguradora, Administradora, Autogestão, dentre outros.
- b) Visão geral por Região e UF: possibilidade de analisar o período selecionado, pela natureza assistencial ou não assistencial da NIP, por modalidade de ente regulado da TIR Geral.
- c) Visão geral por Região e UF série histórica: possibilidade de analisar o período selecionado, pela natureza assistencial ou não assistencial da NIP, por tema de reclamação como a cobertura de atendimento assistencial ou cobertura de atendimento não assistencial, por modalidade de ente regulado, com demonstração em percentual para a análise comparativa.
- d) Visão por Operadora: possibilidade de analisar a TIR de ente regulado específico em comparação com o setor, conforme período selecionado, pela natureza assistencial ou não assistencial da NIP, por tema de reclamação como a cobertura de atendimento assistencial ou cobertura de atendimento não assistencial, com demonstração em percentual para a análise comparativa.
- e) Ranking Geral das Operadoras e Administradoras: possibilidade de analisar a TIR por ranking dos entes reguladoras, conforme período selecionado, pela natureza assistencial ou não assistencial da NIP, por porte das empresas, que são divididas em pequeno, médio e grande porte.

E para que seja possível acompanhar esse novo painel pelas Operadoras de Saúde e Administradora de benefícios, a ANS divulgou que o cálculo é baseado na seguinte métrica[10]:

$$\frac{\text{Soma das Demandas NIP Classificadas como Inativas}}{\text{Soma das Demandas NIP Classificadas como Inativa, RVE, NP, Núcleo ou Em Andamento}} \times 100$$

[9] Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-painel-sobre-taxa-de-intermediacao-resolvida>

Cabe lembrar que esse novo painel trata de um reporte da TIR, entretanto, caso o problema não seja resolvido pela NIP em decorrência da insatisfação do beneficiário, será instaurado o processo administrativo sancionador, que pode resultar na imposição de sanções à operadora, dentre elas, a aplicação de multa prevista da Resolução Normativa n. 489 de 29/03/2022.

Conclusão:

O novo indicador aplicado na metodologia do cálculo do Monitoramento da Garantia de Atendimento fiscalizada pela ANS traz novos desafios às OPSs para manter seus resultados em nível de excelência. Em que pese o interesse da ANS em trazer o beneficiário como principal autor no novo indicador a ser aplicado na metodologia do cálculo do Monitoramento das Garantias de Atendimento para que possam ser melhor identificadas possíveis anormalidades na operação de uma OPS é importante esclarecer que o beneficiário muitas vezes desconhece a Regulação Médica, o Rol e as respectivas DUTs e as normas que são praticadas pela ANS.

Como resultado, este novo indicador traz a preocupação de um possível aumento significativo e negativo no resultado da OPS, piorando sua performance e consequentemente expondo-a a faixas de pior colocação, em decorrência direta de uma insatisfação de consumidor que por vezes não é legítima por desconhecimento do normativo que rege a Saúde Suplementar principalmente no tocante às garantias de atendimento e seus prazos.

Em muitos casos de abertura de demanda NIP pelos beneficiários é possível identificar que a reclamação trata de uma mera insatisfação, um dissabor, mas não irregularidade, o que resulta em uma interpretação errônea do efetivo desempenho da OPS naquele trimestre, uma vez que ausência de irregularidade não é passível de infração.

Diante de todo o exposto, fica aqui a reflexão se, de fato, a metodologia será benéfica ao beneficiário, uma vez que a OPS passa a ter o risco significativo de não cometer irregularidades, entretanto, em razão da metodologia atual aplicada, sua classificação na ANS não corresponderá com a realidade do cumprimento da obrigação legal avaliada no monitoramento da garantia de atendimento.

[10] Disponível em: [https://app.powerbi.com/view?](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODU3OGFjMTAtMzlhNS00YzNhLWFkZmItMzM2NTg0MTE0Mzc4IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiI9)

[r=eyJrIjoiODU3OGFjMTAtMzlhNS00YzNhLWFkZmItMzM2NTg0MTE0Mzc4IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiI9](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODU3OGFjMTAtMzlhNS00YzNhLWFkZmItMzM2NTg0MTE0Mzc4IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiI9)

Bibliografia:

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 483 de 29 de março de 2022.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/cp104/3normativo483.pdf> Acessado em 03 jan 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 566 de 29 de dezembro de 2022.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDM0MQ==> Acessado em 03 jan 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 424 de 26 de junho de 2017.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzQzOQ==> Acessado em 03 jan 2025

Monitoramento da Garantia de Atendimento. In ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-deoperadoras/monitoramento-de-garantia-de-atendimento>. Acessado em 03 jan 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 31, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/ANEXO.pdf> . Acessado em 04 jan. 2025 e 13 jan 2025.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **INSTRUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 31, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022.** Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOA==> . Acessado em 04 jan. 2025 e 13 jan 2025.

ANS aprova ajuste no indicador do Monitoramento da Garantia de Atendimento. In ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-aprova-ajuste-no-indicador-do-monitoramento-da-garantia-de-atendimento>. Acessado em 04 jan 2025 e 14 Jan 2025.

ANS lança painel sobre Taxa de Intermediação Resolvida. In ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-lanca-painel-sobre-taxa-de-intermediacao-resolvida>. Acessado em 09 de mar 2025.

Painel TIR. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODU3OGFjMTAtMzlhNS00YzNhLWFlkZmItMzM2NTg0MTE0Mzc4IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acessado em 09 mar 2025.

GISLAINE PIRES VILLAS BOAS

Advogada e Psicopedagoga. Pós-graduada em Direito Contratual pela PUC/SP e pós-graduada em Psicopedagogia Baseada na Análise do Comportamento Aplicada – ABA pelo Centro Universitário Celso Lisboa em parceria com Cbi of Miami. Membro do GNT Saúde Suplementar da AIDA-Brasil. Acadêmica da Academia Nacional de Seguros e Previdência – Setor Saúde Suplementar (ANSP).