

Parágrafo único. O custeio de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.2015.8585." (NR)

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral), de que trata o Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, observará as seguintes normas de transição:

I - nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados em unidades, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria. Fica facultado ao gestor apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos nesta Portaria; e

II - nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria, para se adequarem tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica exigidos nesta Portaria.

Art. 7º Após aprovação pela área técnica da proposta de criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, e comprovação do seu funcionamento, o Ministério da Saúde terá o prazo de até 90 (noventa) dias para o início do pagamento do custeio.

Art. 8º Para monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação, bem como a atualização do serviços no CNES por parte de todas as unidades componentes da referida rede, seguindo a resolução CIT nº 23 de 2017.

Art. 9º Ficam mantidas as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação nº 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Parágrafo único. Os Gestores Estaduais ou Municipais deverão apresentar, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, novo plano de desinstitucionalização de todos os pacientes moradores dessas instituições.

Art. 10. Fica vedada qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria.

Parágrafo único. O fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 11. O Anexo 4 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogado o art. 56 do Anexo V à Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

RICARDO BARROS

ANEXO

(Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve se constituir conforme definido nesta portaria consolidada, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a SRT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

## COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

### RESOLUÇÃO Nº 31, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2017

Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14-A, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32, incisos III e IV, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; e

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências;

Considerando que a População em Situação de Rua (PSR), de acordo com o conceito adotado no Parágrafo Único do Art. 1º, do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, define-se como "grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória";

Considerando o Anexo V da Portaria de Consolidação nº 03, de 28 setembro de 2017, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

Considerando o Capítulo III do Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua;

Considerando a Resolução CIT nº 02, de 27 de fevereiro de 2013, que define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando a pactuação ocorrida na 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 30 de novembro de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Esta Resolução tem como objetivo apresentar estratégias de implementação das ações previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população em situação de rua.

Art. 3º O II Plano Operativo (2017-2019) é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos:

I - Acesso à saúde Integral da População em Situação de Rua;

II - Promoção e Vigilância em Saúde;

III - Educação Permanente e Educação Popular em Saúde;

IV - Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social;

V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a População em Situação de Rua;

Art. 4º Os eixos definidos no art. 3º desta Resolução serão observados na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à População em Situação de Rua, com as seguintes estratégias:

I - Promover o acesso humanizado da PSR à rede de atenção à saúde, em especial qualificando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha, Rede de Urgência/Emergência de forma equânime, considerando as populações vulneráveis no âmbito do SUS;

II - Fortalecer os Consultórios na Rua (CnaR), de acordo com a Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro 2012, observadas as políticas e ações de redução de danos;

III - Adequar os sistemas de coleta de informações do SUS para inserir dados da PSR;

IV - Facilitar o acesso da PSR às ações de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento, principalmente aquelas relacionadas à exigibilidade de documentação;

V - Promover a articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde, no intuito de reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida, tais como falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular e exposição a intempéries;

VI - Incluir o tema "saúde integral da população em situação de rua" nos processos de Educação Permanente para o manejo e a implementação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT), de doenças e agravos prevalentes na PSR;

VII - Estimular a testagem e diagnóstico oportuno para IST, HIV/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose, por meio de testagem rápida, fortalecendo os CnaR que realizam testes rápidos; apoiando a disponibilização de insumos de prevenção e prevenção combinada do HIV/AIDS e intensificando o registro de pessoas da PSR diagnosticadas para TB;

VIII - Estimular as ações de busca ativa para favorecer a elevação dos indicadores de cura da tuberculose na PSR;

IX - Estimular ações intersetoriais para a implementação de pesquisas censitárias relativas à PSR;

X - Incentivar e apoiar o desenvolvimento de pesquisas junto à PSR, a fim de possibilitar a produção do conhecimento compartilhado sobre determinantes sociais, necessidades de saúde e acesso à saúde dessas populações;

XI - Realizar processos de Educação Permanente e sensibilização de trabalhadores dos serviços de saúde, com destaque os da Atenção Básica e Equipes de Consultórios na Rua (eCR), para atendimento da PSR, tendo em vista suas especificidades, recorrendo ao apoio das Escolas Técnicas SUS e Escolas de Saúde Pública;

XII - Fortalecer a inserção da temática PSR nos processos de Educação à Distância (EAD) desenvolvidos no âmbito do SUS.

XIII - Desenvolver e implementar de forma participativa processos de educação popular em saúde junto à PSR, fortalecendo o protagonismo das lideranças e movimentos sociais, que contribuam para o exercício da cidadania, o conhecimento sobre o SUS e a luta pelo direito à saúde;

XIV - Inserir a temática da saúde da PSR nos processos de educação permanente para o controle social, por meio de articulação com os respectivos conselhos de saúde e movimentos sociais;

XV - Utilizar diferentes recursos disponíveis para comunicação de materiais educativos e informativos sobre as temáticas relacionadas à PSR;

XVI - Apoiar a implementação e o fortalecimento de espaços de participação popular na saúde, estimulando a ampliação e a diversificação dos segmentos sociais representados nos conselhos e conferências de saúde, desenvolvendo ações conjuntas de mobilização e troca de saberes entre gestores, trabalhadores e usuários por meio de ações de Educação Permanente para o Controle Social.

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde:

I - Apoiar a implementação da Resolução que institui o II Plano Operativo (2017-2019) da População em Situação de Rua nos Estados, Distrito Federal e Municípios;

II - Promover a inclusão das estratégias para implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua no Plano Nacional de Saúde e no respectivo Plano Plurianual, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades nacionais; e

III - Propor a pactuação de instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação do II Plano Operativo da PopRua.

Parágrafo único. No âmbito do Ministério da Saúde, caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular-se com os demais órgãos e entidades governamentais para elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação do II Plano Operativo da População em Situação de Rua.

Art. 6º Compete à gestão estadual do SUS:

I - Articular a implementação das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no âmbito estadual e coordenar a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

II - Promover a inclusão das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no Plano Estadual de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades estaduais/regionais.

Art. 7º Compete à gestão municipal do SUS:

I - Articular a implementação das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no âmbito municipal; e



II - Promover a inclusão das estratégias do II Plano Operativo da PopRua no Plano Municipal de Saúde, na Programação Anual de Saúde, bem como monitorar as ações desse Plano a partir do Relatório Anual de Gestão, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais.

Art. 8º A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as obrigações reservadas às gestões estadual e municipal do SUS.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS  
Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO  
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA  
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

#### RESOLUÇÃO Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017

Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e os arts. 30, inciso I, e 32, inciso I, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 14 de dezembro de 2017, resolve:

Art. 1º Estabelecer as diretrizes para o fortalecimento da RAPS. Considera-se como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção:

1. Atenção Básica;
2. Consultório na Rua;
3. Centros de Convivência;
4. Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-Juvenil);
5. Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II;
6. Hospital Dia;
7. Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais;

8. Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades;

9. Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental;

10. Hospitais Psiquiátricos Especializados.

Art. 2º - Habilitar e incentivar todos os serviços da RAPS que estejam tecnicamente aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (CG-MAD/DAPES/SAS) e garantir a continuidade do financiamento das obras de serviços desta Rede que também estejam tecnicamente aprovados.

Art. 3º - Pactuar diretrizes clínicas para linhas de cuidados na RAPS.

Art. 4º - Pactuar critérios de acompanhamento e monitoramento da RAPS, com metas, indicadores qualitativos e quantitativos, estimulando ainda a adequada regulação do acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção da Rede.

Art. 5º - Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária.

Art. 6º - Aprovar a criação de "Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental", com objetivo de prestar atenção multiprofissional no nível secundário, apoiando de forma articulada a atenção básica e demais serviços das redes de atenção à saúde.

Art. 7º - Aprovar a criação de nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV), com funcionamento 24 horas, prestando assistência de urgência e emergência, para ofertar linhas de cuidado em situações de cenários de uso de drogas, especialmente o crack ("cracolândias"), de forma multiprofissional e intersetorial.

Art. 8º - Fortalecer e apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em Hospitais Psiquiátricos:

I - habilitar 200 SRTs até o final de 2018;  
II - garantir maior flexibilidade aos gestores municipais para a organização das SRTs;

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

I - estimular a qualificação e expansão de leitos em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

II - reestruturar a equipe multiprofissional mínima requerida para o funcionamento das enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;

III - monitorar sistematicamente a taxa de ocupação mínima das internações em Hospitais Gerais para o pagamento integral do procedimento em forma de incentivo;

IV - reajustar o valor de diárias para internação em hospitais especializados de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital.

Art. 10º - Financiar pesquisas que subsidiem a implantação de Programas de Prevenção ao Uso de Alcool e Outras Drogas para adolescentes e jovens.

Art. 11º - Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas.

Art. 12º - Promover ações de Prevenção ao Suicídio, por meio de parcerias com Estados e Municípios, bem como instituições que atuam nesta área.

Art. 13º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS  
Ministro de Estado da Saúde

MICHELE CAPUTO NETO  
Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA  
Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

#### AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

#### RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 2.250, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na operadora GEAP Autogestão em Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem a alínea "c" do inciso II do art. 30 do Regimento Interno, instituído pela Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 15 de dezembro de 2017, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº 33910.001154/2016-81, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica instaurado o Regime de Direção Fiscal na operadora GEAP Autogestão em Saúde, registro ANS nº 32.308-0, inscrita no CNPJ sob o nº 03.658.432/0001-82.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA

#### RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 2.251, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre o encerramento do regime de direção fiscal na operadora Sociedade Portuguesa de Beneficência.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem a alínea "c" do inciso II do art. 30 do Regimento Interno, instituído pela Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 15 de dezembro de 2017, considerando os documentos constantes no processo administrativo nº 33902.465891/2016-15, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente Substituto determino a sua publicação:

Art. 1º Fica encerrado o regime de direção fiscal na operadora Sociedade Portuguesa de Beneficência, registro ANS nº 41.337-2, inscrita no CNPJ sob o nº 92.219.070/0001-53.

Art. 2º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA

#### RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 2.252, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre a determinação da alienação da carteira da operadora CB Saúde Administração em Saúde Suplementar Ltda.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem a alínea "c" do inciso II do art. 30 do Regimento Interno, instituído pela Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 15 de dezembro de 2017, considerando as anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves que colocam em risco a continuidade do atendimento à saúde, de acordo com os elementos constantes do processo administrativo nº 33910.020507/2017-22, adotou a seguinte Resolução Operacional e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica determinado que a operadora CB Saúde Administração em Saúde Suplementar Ltda., registro ANS nº 41.867-6, inscrita no CNPJ sob o nº 11.334.600/0001-02, promova a alienação da sua carteira de beneficiários no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento da intimação a que se refere o art. 10 da Resolução Normativa - RN nº 112/2005.

Art. 2º Fica suspensa a comercialização de planos ou produtos da operadora CB Saúde Administração em Saúde Suplementar Ltda., com base no artigo 9º, § 4º, da Lei nº 9.656/1998.

Art. 3º Esta Resolução Operacional - RO entra em vigor na data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA

#### RESOLUÇÃO OPERACIONAL - RO Nº 2.253, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2017

Dispõe sobre a concessão da portabilidade extraordinária aos beneficiários da Santa Casa da Misericórdia de São João Del Rei.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem a alínea "c" do inciso II do art. 30 do Regimento Interno, instituído pela Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, na forma do disposto no art. 24 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em reunião ordinária de 15 de dezembro de 2017, considerando o relevante interesse público e o risco de dano irreversível à saúde dos consumidores, adota e o Diretor-Presidente Substituto da ANS determina a publicação da seguinte Resolução Operacional:

Art. 1º Fica concedido o prazo por até 60 (sessenta) dias para que os beneficiários da Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei, inscrita no CNPJ sob o nº 24.729.097/0001-36, registro ANS nº 40.852-2, exerçam a portabilidade extraordinária de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão da escolha desses beneficiários, observadas as seguintes especificidades:

I - a portabilidade extraordinária de carências pode ser exercida por todos os beneficiários da operadora, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos;

II - o beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária na Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei pode exercer a portabilidade extraordinária de carências sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;

III - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade extraordinária de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino; e

IV - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade extraordinária de carências tratada neste artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

§ 1º Não se aplicam à portabilidade extraordinária de carências tratada neste artigo os requisitos previstos nos incisos I, II, III e IV e o disposto nos §§ 2º, 3º e 4º todos do artigo 3º da RN nº 186, de 2009.

§ 2º Aplica-se à portabilidade extraordinária de carências o requisito previsto no inciso V do art. 3º da RN nº 186, de 2009.

§ 3º Serão considerados como parâmetros de comercialização as Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP vigentes na data de publicação desta Resolução Operacional.

§ 4º A comprovação da adimplência do beneficiário perante a operadora do plano de origem dar-se-á mediante a apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos 4 (quatro) boletos vencidos referentes ao período dos últimos 6 (seis) meses.

§ 5º O beneficiário da Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei exercerá a portabilidade extraordinária, observando-se o seguinte:

I - poderá escolher diretamente na operadora de destino plano enquadrado em qualquer faixa de preço; e

II - poderá ser exigido o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas no tipo de plano de origem (sem internação, internação sem obstetrícia, internação com obstetrícia).

§ 6º A operadora de destino deverá: