

Nº 175 - DOU - 14/09/22 - Seção 1 - p.236

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

RETIFICAÇÃO

Na Instrução Normativa - IN ANS nº 26, de 30 de agosto de 2022, publicada no DOU nº 172, em 09 de setembro de 2022, Seção 1, páginas 146 a 149:

No art.2º,

onde se lê:

"Art. 2º As operadoras poderão utilizar os seguintes serviços do Protocolo Eletrônico no âmbito dos processos de Ressarcimento ao SUS:

I - protocolo de petições do tipo Ressarcimento ao SUS;

II - consulta a petições protocoladas eletronicamente; e

III - ciência quanto ao conteúdo das notificações eletrônicas. Art. 3º O Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS poderá ser acessado a partir do endereço eletrônico da ANS na Internet.

Art. 3º O Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS poderá ser acessado a partir do endereço eletrônico da ANS na Internet",

Leia-se:

" Art. 2º As operadoras poderão utilizar os seguintes serviços do Protocolo Eletrônico no âmbito dos processos de Ressarcimento ao SUS:

I - protocolo de petições do tipo Ressarcimento ao SUS;

II - consulta a petições protocoladas eletronicamente; e

III - ciência quanto ao conteúdo das notificações eletrônicas.

Art. 3º O Protocolo Eletrônico de Ressarcimento ao SUS poderá ser acessado a partir do endereço eletrônico da ANS na Internet"

No Anexo I,

onde se lê: "

Tipo de petição*: () Impugnação () Recurso			
Operadora			
Nome*:			
CNPJ*:		Reg. ANS*:	
Referências			
Processo administrativo*:		ABI*:	
Instrumento de autorização/registro do atendimento identificado			
Tipo* ¹ :	Número*:	Competência*:	Período*:
Beneficiário identificado			
CCO*:		Número de Registro do Produto*:	
Tempestividade e outras preliminares²			
Razões da(o) impugnação/recurso³			
Motivo de impugnação/recurso*⁴:			
Detalhamento do motivo*:			
Memória de cálculo ⁵ :			
Documento(s) comprobatório(s) ⁶ :			

Leia-se: "

Tipo de petição*: () Impugnação () Recurso

Operadora

Nome*:

CNPJ*:

Reg. ANS*:

Referências

Processo administrativo*:

ABI*:

Instrumento de autorização/registro do atendimento identificado

Tipo*¹:

Número*:

Competência*:

Período*:

Beneficiário identificado

CCO*:

Número de Registro do Produto*:

Tempestividade e outras preliminares²

Razões da(o) impugnação/recurso³

Motivo de impugnação/recurso*⁴:

Detalhamento do motivo*:

Memória de cálculo⁵:

Documento(s) comprobatório(s)⁶:

Pedido(s)*

() Anulação da identificação do atendimento.

() Retificação do valor a ser ressarcido para R\$_____.

() Anulação da identificação do atendimento ou, subsidiariamente, retificação do valor a ser ressarcido para R\$_____.

_____ de _____ de _____.

(assinatura digital)

Orientações de preenchimento:

* Campos obrigatórios

1 - Informar o tipo de instrumento de autorização ou registro, como AIH ou APAC.

2 - Preencher caso seja necessária a devolução de prazo de impugnação ou recurso.

3 - Em havendo mais de um motivo de impugnação/recurso, os campos deste quadro devem ser repetidos para cada motivo.

4 - Preencher com um dos motivos listados no Anexo IV.

5 - Preencher no caso de pedido de retificação do valor a ser ressarcido.

6 - Indicar a página, a cláusula, o item ou qualquer outra referência que permita localizar a parte do documento que demonstra a alegação.