



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 9.537, DE 2018** **(Do Sr. Francisco Floriano)**

"Altera a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre a legitimidade de beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de assistência à saúde".

**DESPACHO:**

APENSE-SE À(AO) PL-1272/2015.

**APRECIÇÃO:**

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

### **PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre a legitimidade de beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de assistência à saúde.

Art. 2º. A Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 16-A. O beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão possui legitimidade ativa para se insurgir contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora de planos de assistência a saúde”.

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

### JUSTIFICATIVA

O objetivo desse Projeto de lei é autorizar o beneficiário de plano de saúde coletivo a ajuizar individualmente ação contra a operadora do referido plano para questionar abusividades do contrato, independente de a contratação ter sido intermediada pela pessoa jurídica a qual está vinculado.

O STJ entende que, ante a rescisão unilateral do contrato pela operadora, o beneficiário pode pretender garantir o direito de se manter no plano de saúde coletivo por adesão. Assim, o exame da legitimidade ativa para pleitear a referida manutenção deve se verificar em abstrato, à luz da Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998 – LPS), acerca da relação jurídica própria dos contratos celebrados sob o regime coletivo.

Cabe considerar que o raciocínio segundo o qual os contratos dessa modalidade caracterizam-se como uma estipulação em favor de terceiro (STJ, REsp 1.510.697-SP, DJe 15/06/2015), a perplexidade surge, entretanto, quando a ação judicial não questiona apenas específicas cláusulas contratuais tidas por abusivas (Ex. reajuste de mensalidade, exclusão de coberturas), mas a própria viabilidade de manutenção do contrato contra a rescisão unilateral realizada pela operadora.

Na primeira hipótese, a cláusula contratual pode afetar apenas um pequeno grupo dentro da coletividade de beneficiários. Por outro lado, a rescisão do contrato afeta indistinta e necessariamente todos os beneficiários do plano de saúde coletivo.

Em situações como essa, é importante observar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu por meio de Resolução Normativa que os contratos coletivos por adesão ou empresarial "somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias" (art. 17, parágrafo único, da RN 195/2009).

De qualquer modo, frise-se que a legitimidade ativa *ad causam* restringe-se ao exame puramente abstrato da titularidade dos interesses envolvidos na lide, ao passo que a instrução probatória a definir a procedência ou improcedência do pedido diz respeito ao mérito e não às condições da ação.

Por meio dessa perspectiva, é possível aferir que “o beneficiário é titular do interesse juridicamente protegido afirmado na pretensão, ao passo que a operadora do plano de saúde é a titular do interesse que se opõe à sua pretensão. Nessa ordem de ideias, à luz da teoria da asserção, e ante a possibilidade de a rescisão unilateral do contrato ser abusivamente praticada

pela operadora, o beneficiário final do plano de saúde coletivo está autorizado a ajuizar a ação para questionar o ato tido por ilegal”. (STJ, REsp 1.705.311-SP, Rel. Ministra Nancy Andrigui, julgado em 09/11/2017, DJe 17/11/17).

Sala das sessões, 07 de fevereiro de 2018.

**Deputado FRANCISCO FLORIANO (DEM/RJ)**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: “Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;

b) coletivo empresarial; ou

c) coletivo por adesão; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características,

direitos e obrigações. [\(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 13.003, de 24/6/2014, publicada no DOU de 25/6/2014, em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação oficial\)](#)

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o *caput* deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: [\(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - nome da entidade a ser excluída; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

## RESOLUÇÃO Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009

Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 10, combinado com os incisos II, XIII e XXXII do artigo 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e em conformidade com o disposto no art. 64, inciso II, alínea “a”, do Anexo I, da Resolução Normativa – RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada em 1 de julho de 2009, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

.....

## CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

---

### Seção IV Das Disposições Comuns aos Planos Coletivos

---

#### Subseção II Da Rescisão ou Suspensão

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

#### Subseção III

#### Da Exclusão e Suspensão da Assistência à Saúde dos Beneficiários dos Planos Coletivos

Art. 18 Caberá à pessoa jurídica contratante solicitar a suspensão ou exclusão de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Parágrafo único. As operadoras só poderão excluir ou suspender a assistência à saúde dos beneficiários, sem a anuência da pessoa jurídica contratante, nas seguintes hipóteses:

I - fraude; ou

II - por perda dos vínculos do titular previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução, ou de dependência, desde que previstos em regulamento ou contrato, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

---

<b>FIM DO DOCUMENTO</b>
-------------------------