



CÂMARA DOS DEPUTADOS

**PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO
N.º 216, DE 2022
(Do Sr. Felipe Carreras)**

Susta a expressão “Solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente” no inciso II do art. 18 da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PDL-187/2022.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº _____, DE 2022

Susta a expressão
“Solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente” no inciso II do art. 18 da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Este Projeto de Decreto Legislativo susta a expressão “Solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente” no inciso II do art. 18 da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

Art. 2º Fica sustada, nos termos do art. 49, V, da Constituição da República Federativa do Brasil, os efeitos da expressão “Solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente”, contida no Inciso II do art. 18 da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 465 de 24 de fevereiro de 2021.

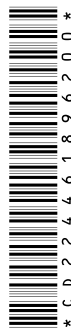
Art. 3º Este decreto legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atualizou através da Resolução Normativa nº 465 de 24 de fevereiro de 2021 o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida pelos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º

Apresentação: 09/06/2022 16:50 - Mesa

PDL n.216/2022



* C D 2 2 4 4 6 1 8 9 6 2 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Apresentação: 09/06/2022 16:50 - Mesa

PDL n.216/2022

de janeiro de 1999. A regulamentação não garantiu cobertura para que os exames laboratoriais sejam solicitados por profissional de nutrição e menciona apenas médico ou cirurgião-dentista, uma solicitação justa dos profissionais de Nutrição.

A Lei 8.234 de 17 de setembro de 1991 em seu art. 4º garante ao Nutricionista o direito a solicitar aos seus pacientes exames laboratoriais.

“Art. 4º Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

VIII - solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico”.

A solicitação de exames laboratoriais é necessária ao acompanhamento dietoterápico e é essencial, inclusive para prescrição dietética. Os exames integram a rotina das consultas nutricionais, quando este ainda não estão disponíveis no prontuário das consultas, e trazem informações fundamentais para a avaliação do estado nutricional e ajuste dietoterápico, uma vez que complementam a anamnese, a antropometria e o exame clínico-nutricional. Não se trata de diagnóstico, tratamento ou procedimento; não sendo a solicitação de exames para diagnóstico de doenças.

Os exames laboratoriais são elementos necessários para avaliação, prescrição e evolução do paciente. Ou seja, a partir de marcadores delimitados por esses exames, o nutricionista pode atuar de maneira mais eficaz na prevenção de doenças e no cuidado à sociedade.

No entanto, a [Lei Federal nº 9.656/1998](#), que dispõe sobre planos e seguros de assistência à saúde, no art. 12, faculta a oferta, a contratação e a vigência dos produtos definidos no plano-referência com a exigência do inciso I, alínea “b” de que a cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, sejam solicitados pelo médico assistente.

Desta forma, há divergência estabelecida entre as empresas operadoras dos planos e seguros de assistência, os prestadores de serviço (no caso, o nutricionista) e o usuário consumidor da assistência suplementar é que as empresas não querem pagar os exames laboratoriais necessários para complementar o adequado atendimento. Apenas as empresas de auto-gestão dos planos de saúde cobrem o pagamento desses exames. Cabe ao nutricionista



* C D 2 2 4 4 6 1 8 9 6 2 0 0 *



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Apresentação: 09/06/2022 16:50 - Mesa

PDL n.216/2022

conhecer os procedimentos adotados por cada empresa e se apropriar das suas características de operacionalização. Sugere-se aos nutricionistas que, se necessário, acrescentem ao pedido do exame uma justificativa técnica fundamentada que explicita a sua necessidade para a avaliação nutricional e acompanhamento do paciente/cliente e ofereça elementos para a deliberação do auditor do plano ou seguro de saúde quanto à autorização dos mesmos.

A Justiça Federal julgou procedente o pedido do CFN feito na Ação Civil Pública ([Processo nº 0054583-03.2010.4.01.3400](#)) que solicitava à ANS a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a fim de que conste que o nutricionista pode solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, com a consequente cobertura de pagamento pelos planos de saúde. Essa decisão assegura que TODAS as operadoras de planos de saúde devem cobrir os exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico prescrito por nutricionistas. Contudo, em abril de 2018, em sessão realizada na 8ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1ª Região – TRF1, foi dado prosseguimento ao julgamento de Apelação interposta pela ANS, contra o CFN. A 8ª Turma decidiu por maioria dar provimento à Apelação interposta pela ANS.

Diante desses fatos, está claro que a atualização feita em 2021 não contempla os anseios dos nutricionistas e os consumidores de planos de saúde, é prejudicial, leva os usuários a adiar consultas e tratamentos. Essas regras atentam contra a lógica da saúde, uma vez que os cuidados deveriam ser preventivos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, que deveria regular o mercado de forma a torná-lo mais eficiente, maior, mais seguro e mais justo, mais uma vez se coloca ao lado das empresas de planos de saúde e proporciona mais prejuízo para milhões de consumidores, em evidente afronta a princípios que orientam a ordem econômica que é a defesa do consumidor. Portanto, peço aos pares apoio para aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, de junho de 2022.

Deputada Federal FELIPE CARRERAS

PSB/PE



* C D 2 2 4 4 6 1 8 9 6 2 0 0 *



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 465, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2021

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN n° 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR n.º 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 24 de fevereiro de 2021, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

.....

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única
Das Coberturas Assistenciais

.....

Subseção II
Do Plano Ambulatorial

Art. 18. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme definições constantes na Lei n.º 9.656 de 1998 e regulamentação infralegal específica vigente, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período

superior a doze horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, e devendo garantir cobertura para:

I - consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

II - serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou pelo cirurgião-dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput;

III - consultas ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro obstétrico e obstetrix, de acordo com o estabelecido nos Anexos desta RN;

IV - sessões de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa;

V - procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VI - ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução Normativa, para segmentação ambulatorial;

VII - remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

VIII - hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

IX - quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes (medicamentos empregados de forma associada aos medicamentos para o tratamento do câncer com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento) que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde;

X - medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso, respeitando o disposto nos Anexos desta Resolução Normativa e, preferencialmente, as seguintes características:

a) medicamento genérico: medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI, conforme definido pela Lei n.º 9.787/1999; e

b) medicamento fracionado: medicamento fornecido em quantidade distinta da embalagem original, conforme necessidade do paciente e definição do órgão competente, esta atualmente a cargo da ANVISA.

XI - procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação ambulatorial;

XII - procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a doze horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XIII - hemoterapia ambulatorial; e
 XIV - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução Normativa.

§ 1º Além das exclusões previstas no art. 17 desta Resolução Normativa, são exclusões próprias da segmentação ambulatorial:

- I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, da sedação ou do bloqueio;
- II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- III - embolizações.

§ 2º Para efeitos do disposto no inciso I do caput, as áreas de atuação estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina não são consideradas especialidades médicas.

Subseção III Do Plano Hospitalar

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

.....

.....

LEI Nº 8.234, DE 17 DE SETEMBRO DE 1991

Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

Art. 4º Atribuem-se, também, aos nutricionistas as seguintes atividades, desde que relacionadas com alimentação e nutrição humanas:

- I - elaboração de informes técnico-científico;
- II - gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produtos alimentícios;
- III - assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição;
- IV - controle de qualidade de gêneros e produtos alimentícios;
- V - atuação em marketing na área de alimentação e nutrição;
- VI - estudos e trabalhos experimentais em alimentação e nutrição;
- VII - prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta;
- VIII - solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico;
- IX - participação em inspeções sanitárias relativas a alimentos;
- X - análises relativas ao processamento de produtos alimentícios industrializados;

XI - participação em projetos de equipamentos e utensílios na área de alimentação e nutrição.

Parágrafo único. É obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área.

Art. 5º A fiscalização do exercício da profissão de Nutricionista compete aos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, na forma da Lei nº. 6.583, de 20 de outubro de 1978, ressalvadas as atividades relacionadas ao ensino, adstritas à legislação educacional própria.

.....

.....

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. 12. São facultadas a oferta, contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: [*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*](#)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; [*\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; [*\(Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)*](#)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; [*\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; [*\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)*](#)

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

g) cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar; [\(Alínea acrescida pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)](#)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; [\(Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; [\(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, publicada no DOU, Edição Extra, de 13/11/2013, em vigor 180 dias após sua publicação\)](#)

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas c do inciso I e g do inciso II do *caput* deste artigo dar-se-á em até 10 (dez) dias após a prescrição médica, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, sendo obrigatória a comprovação de que o paciente ou seu representante legal recebeu as devidas orientações sobre o uso, a conservação e o eventual descarte do medicamento. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.880, de 12/11/2013, e com nova redação dada pela Lei nº 14.307, de 3/3/2022\)](#)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. [\(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o *caput*, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: [\(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

I - a recontagem de carências; [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e [\(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. [\(Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

FIM DO DOCUMENTO