

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2022**

(Do Sr. DAGOBERTO NOGUEIRA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade do envio de documento escrito ao beneficiário de planos privados de assistência à saúde com o motivo da negativa de procedimento ou serviço.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte art. 16-A:

“Art. 16-A. Em caso de negativa de autorização para realização do procedimento ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deverá informar ao beneficiário, detalhadamente, por meio de documento escrito, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento ou serviço, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

§ 1º O documento escrito mencionado no ‘caput’ será encaminhado por correspondência física ou por meio eletrônico e disponibilizado integralmente em meio digital, por meio de área específica e restrita no portal da operadora de planos de assistência à saúde, independentemente de requerimento, no prazo máximo de vinte e quatro horas contadas da negativa de autorização.

§ 2º O documento disponibilizado em meio digital nos termos do § 1º deverá ser mantido acessível ao beneficiário por tempo indeterminado.

§ 3º A disponibilização do documento escrito mencionado no ‘caput’ em meio digital poderá, adicionalmente, ser feita por meio de aplicativo disponível para computadores ou dispositivos móveis.

§ 4º No caso das operadoras de pequeno e médio porte, o prazo de vinte e quatro horas previsto no § 1º deverá considerar o horário de funcionamento das unidades de atendimento.”



Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

Atualmente, o art. 10 da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar nº 395, de 2016, estabelece que, havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deverá informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.

O parágrafo 1º deste dispositivo faculta ao beneficiário solicitar que as informações prestadas sejam reduzidas a termo. Ou seja: para o beneficiário ter acesso a documento escrito que contenha a justificativa da negativa, tem de solicitá-lo da operadora. O grande problema é que muitas pessoas, por não conhecerem essa regra, simplesmente acatam a negativa, sem mesmo saberem se a operadora o fez de forma fundamentada.

Nesse contexto, não podemos deixar de mencionar que os casos de negativas de autorização abusivas, sem base legal e regulamentar, são inúmeros. Basta uma pesquisa simples nos sítios eletrônicos dos tribunais para percebermos múltiplas situações em que o beneficiário teve de recorrer à justiça para ter direito a se submeter a procedimentos com cobertura garantida para a segmentação contratada.

O assunto é tão recorrente, que existe até jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça<sup>1</sup> segundo a qual “a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral *in re ipsa*”.

1

[https://processo.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?i=1&b=DTXT&livre=\(ARESP+e+140931\).nome.#:~:text=A%20jurisprud%C3%AAncia%20do%20STJ%20%C3%A9,psicol%C3%B3gica%20e%20de%20ang%C3%BAstia%20no](https://processo.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?i=1&b=DTXT&livre=(ARESP+e+140931).nome.#:~:text=A%20jurisprud%C3%AAncia%20do%20STJ%20%C3%A9,psicol%C3%B3gica%20e%20de%20ang%C3%BAstia%20no)



A alteração proposta neste PL consiste em determinar que, em todos os casos, independentemente da solicitação do beneficiário, as informações relativas à negativa de autorização sejam reduzidas a termo e encaminhadas ao beneficiário e disponibilizadas integralmente em meio digital, por meio de área específica e restrita no portal da operadora de planos de assistência à saúde, no prazo máximo de 24 horas. Pela atual redação da norma regulamentar, essa redução a termo ocorre apenas em caso de requerimento do beneficiário.

Nossa intenção é dar celeridade ao processo de autorização de procedimentos. O consumidor de planos de saúde dispõe de considerável parte de seu orçamento mensal para ter garantia de atendimento. É preciso que lhe sejam dadas garantias, para que não ocorram injustiças. Por todo o exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em        de        de 2022.

Deputado DAGOBERTO NOGUEIRA

