



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.104, 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.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-394/2011.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

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 Justiça¹ 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/decisoes/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/decisoes/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



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*)

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 395, DE 14 DE JANEIRO DE 2016

Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em vista do que dispõem os incisos XXIV, XXVIII, XXXVII e XLI do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 16 de dezembro de 2015, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretora Presidente Substituta, determino a sua publicação.

.....

Art. 10. Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, seja ele credenciado ou não, 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.

§ 1º O beneficiário, sem qualquer ônus, poderá requerer que as informações prestadas na forma do caput sejam reduzidas a termo e lhe encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 2º No caso das operadoras de pequeno e médio porte, o prazo de 24 (vinte e quatro) horas previsto no § 1º deverá considerar o horário de funcionamento de suas unidades de atendimento.

Art. 11. Fornecida resposta direta ao beneficiário sobre o resultado da análise de sua solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, a este será garantida a faculdade de requerer a reanálise de sua solicitação, a qual será apreciada pela Ouvidoria da operadora, instituída na forma da RN nº 323, de 3 de abril de 2013.

.....

Art. 18. Essa resolução normativa entra em vigor em 120 (cento e vinte) dias após sua publicação.

SIMONE SANCHES FREIRE
Diretora-Presidente Substituta

FIM DO DOCUMENTO
