CÂMARA DOS DEPUTADOS

*PROJETO DE LEI N.º 7.419-A, DE 2006

(Do Senado Federal)

PLS nº 174/2000
OF. nº 1575/2006 (SF)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

NOVO DESPACHO:
ÀS COMISSÕES DE:
DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA;
TRABALHO;
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO;
INDÚSTRIA, COMÉRCIO E SERVIÇOS;
SAÚDE;
DEFESA DO CONSUMIDOR;
FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (MÉRITO E ART. 54, RICD).

EM CONSEQUÊNCIA DA DISTRIBUIÇÃO A MAIS DE TRÊS COMISSÕES DE MÉRITO, SEJA CRIADA COMISSÃO ESPECIAL PARA APRECIAR A MATÉRIA, CONFORME ART. 34, II, DO RICD.

APRECIAÇÃO:
Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

(*) Avulso atualizado em 10/2/2026 para inclusão de apensados (309).

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 71/03, 156/03, 311/03, 1349/03, 1603/03, 1777/03, 2474/03, 2934/04, 3058/04, 3088/04, 3247/04, 3362/04, 3708/04, 3940/04, 4075/04, 4164/04, 4632/04, 6125/05, 6510/06, 6849/06, 7128/06, 7340/06, 7600/06, 582/07, 590/07, 664/07, 756/07, 1220/07, 1942/07, 2901/08, 3473/08, 4016/08, 4393/08, 5024/09, 5143/09, 5730/09, 6483/09, 6677/09, 6821/10, 7590/10, 7594/10, 7762/10, 8048/10, 394/11, 657/11, 805/11, 1076/11, 1147/11, 1431/11, 1647/11, 1677/11, 1763/11, 2066/11, 2328/11, 2538/11, 2645/11, 2734/11, 2981/11, 2982/11, 3087/12, 3285/12, 3346/12, 3675/12, 3949/12, 4036/12, 4077/12, 4201/12, 4402/12, 4726/12, 4990/13, 5152/13, 5715/13, 5912/13, 5963/13, 6067/13, 6436/13, 6714/13, 6715/13, 6819/13, 7111/14, 7142/14, 7694/14, 7844/14, 7914/14, 69/15, 121/15, 176/15, 1039/15, 1159-A/15, 1272/15, 1564/15, 1948/15, 1992/15, 2128/15, 2274/15, 2295/15, 2344/15, 2504/15, 2582/15, 2608/15, 2949/15, 3223/15, 4043/15, 4097/15, 4113/15, 4294/16, 4404/16, 4477/16, 4478/16, 4485/16, 4644/16, 4729/16, 4748/16, 4787/16, 5069/16, 5113/16, 5126/16, 5191/16, 5286/16, 5532/16, 5622/16, 5779/16, 5910/16, 6033/16, 6175/16, 6455/16, 6941/17, 6948/17, 7175/17, 7501/17, 7589/17, 7675/17, 7865/17, 7947/17, 8108/17, 8163/17, 8264/17, 8276/17, 8396/17, 8590/17, 8608/17, 8900/17, 8942/17, 9253/17, 9343/17, 9344/17, 9537/18, 9701/18, 9720/18, 9925/18, 9940/18, 10113/18, 10252/18, 10609/18, 10700/18, 10960/18, 11058/18, 11086/18, 283/19, 770/19, 1073/19, 1080/19, 1705/19, 2320/19, 2379/19, 2485/19, 2611/19, 2640/19, 2698/19, 2748/19, 2751/19, 2770/19, 3014/19, 3037/19, 3104/19, 3175/19, 3196/19, 3218/19, 3275/19, 3392/19, 3657/19, 3918/19, 3935/19, 4410/19, 4460/19, 4608/19, 4941/19, 5332/19, 5346/19, 5793/19, 5881/19, 6069/19, 6142/19, 6448/19, 6530/19, 315/20, 628/20, 955/20, 1070/20, 1288/20, 1317/20, 1424/20, 1493/20, 1526/20, 1636/20, 1892/20, 1924/20, 1944/20, 1970/20, 2145/20, 2154/20, 2285/20, 2286/20, 3072/20, 3219/20, 3441/20, 3453/20, 3504/20, 3885/20, 3970/20, 4167/20, 4344/20, 4433/20, 4571/20, 4574/20, 5648/20, 39/21, 97/21, 113/21, 377/21, 394/21, 774/21, 1302/21, 1719/21, 1729/21, 2018/21, 2054/21, 2536/21, 2620/21, 2792/21, 3052/21, 3106/21, 3162/21, 3194/21, 3323/21, 4291/21, 4523/21, 4557/21, 373/22, 392/22, 440/22, 489/22, 866/22, 1258/22, 1359/22, 1524/22, 2072/22, 2104/22, 2503/22, 2826/22, 706/23, 760/23, 1075/23, 1126/23, 1424/23, 1443/23, 1650/23, 2042/23, 2067/23, 2936/23, 3006/23, 3009/23, 3134/23, 3256/23, 3657/23, 3733/23, 3935/23, 3991/23, 4341/23, 4691/23, 4732/23, 5554/23, 5766/23, 6046/23, 426/24, 524/24, 603/24, 1023/24, 1317/24, 1318/24, 1368/24, 1596/24, 2087/24, 2094/24, 2387/24, 2401/24, 2822/24, 2852/24, 3215/24, 3642/24, 4555/24, 1229/25, 2811/25, 4005/25, 5349/25, 5566/25, 5569/25, 5632/25 e 5703/03.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º A alínea "f*"* do inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. .....

.....

II - .....

.....

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, inclusive quando se tratar de internação em unidade de terapia intensiva ou similar, desde de que haja prescrição médica;

....." (NR)

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

Senado Federal, em 09 de agosto de 2006.

Senador Renan Calheiros
Presidente do Senado Federal

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

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

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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a

inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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".
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**

.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.
O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade

de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. " (NR)
"Art. 9º. Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I -.....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 71, DE 2003

(Do Sr. Arlindo Chinaglia)

Dispõe sobre o reembolso, ao Poder Público, de valores correspondentes a seguro-saúde e outras modalidades de medicina de grupo referentes a beneficiários atendidos, gratuitamente, na rede pública e no setor privado conveniado ou contratado.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1º. A gratuidade da assistência ambulatorial e hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, é vinculada ao indivíduo, vedando-se-lhe a cobrança de despesas e taxas, a qualquer título.

Artigo 2º Nos termos do disposto no artigo 1º, a assistência gratuita ao indivíduo beneficiário de seguro-saúde ou de outra modalidade assistencial de medicina de grupo, implica o reembolso ao Poder Público, pela sociedade seguradora ou entidade congênere, de despesas com o atendimento ambulatorial e hospitalar prestado ao segurado ou beneficiário do seguro ou plano de saúde, nos termos do artigo 130, do Decreto-Lei 73, de 21 de novembro de 1966.

Parágrafo único. O reembolso das despesas com o atendimento ao beneficiário de seguro-saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo ficará limitado ao valor do procedimento assistencial estipulado em tabela do Sistema Único de Saúde, desde que este valor não seja superior àquele fixado no contrato de seguro ou plano de saúde do paciente.

Artigo 3º. Para o recebimento do valor devido nos termos do artigo 2º, serão adotados os seguintes procedimentos, tanto pelas unidades de saúde da administração direta, indireta e fundacional, como pelos estabelecimentos do setor privado conveniados ou contratados no âmbito do SUS:

I – registro, na ficha de atendimento do paciente, da condição de beneficiário de seguro-saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo, com os dados que permitam identificar a entidade seguradora; e

II – assinatura, pelo paciente, ou seu representante ou membro da família, de documento comprobatório da assistencia ambulatorial ou hospitalar recebida.

Artigo 4º. Para o efeito de reembolso de despesas pela sociedade seguradora ou congênere, o dirigente da unidade ou entidade de saúde da administração direta, indireta e fundacional da União, do Estado e do Município, depois da liberação do paciente, emitirá documento hábil destinado à entidade seguradora, com descrição dos procedimentos assistênciais realizados e respectivos custos, acompanhado dos documentos mencionados nos incisos I e II do art. 3º.

Artigo 5º. O valor do reembolso das despesas será efetuado pela sociedade seguradora ou congênere ao fundo de saúde nacional, estadual ou municipal, e será aplicado exclusivamente em ações e serviços de saúde.

Parágrafo único. No caso das entidades de assistência à saúde da administração indireta ou fundacional da União, do Estado ou do Município, a receita de que trata este artigo será repassada regularmente, pelo fundo de saúde, à entidade prestadora da assistência, que terá gestão própria sobre essa receita.

Artigo 6º. Quando a assistência ambulatorial ou hospitalar for prestada por estabelecimento privado integrante, por convênio ou contrato, do Sistema único de Saúde, o dirigente do estabelecimento fará, ao dirigente do SUS que firmou o convênio ou contrato, a comunicação da assistência prestada, com os elementos previstos no artigo 3º, para que a autoridade pública promova as medidas referidas no artigo 4º.

Artigo 7º. A receita gerada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo reembolso de despesas previsto nesta lei, será considerada recurso de outras fontes para o financiamento do sistema.

Artigo 8º. Observada a legislação federal que regula os seguros privados e fixa os limites da cobertura dos riscos de assistência ambulatorial ou hospitalar atribuída às entidades seguradoras, fica o dirigente nacional do Sistema Único de Saúde autorizado a estabelecer

condições para a adequada aplicação desta lei.

Artigo 9º. Constituirá violação do princípio constitucional da igualdade de tratamento, a concessão de preferência para o atendimento de beneficiário de seguro saúde ou outra modalidade assistencial de medicina de grupo, aplicando-se ao infrator as sanções administrativas previstas no estatuto dos servidores públicos e legislação correlata.

Artigo 10º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O Decreto-Lei Federal nº 73/66, que regula os seguros privados, ao determinar, no seu artigo 130, que a sociedade seguradora pague, ao prestante do atendimento médico e hospitalar, pessoa física ou jurídica, a assistência ao seu segurado, não fez nenhuma restrição à pessoa jurídica(se pública ou privada), além de ter assegurado a livre escolha do médico e do hospital.

Os indivíduos que mantém contrato com as sociedades que atuam no ramo do seguro-saúde e os de entidades que praticam outras modalidades da chamada medicina de grupo(cooperativas, planos de saúde, etc.) pagam elevadas mensalidades, mas, quase sempre, desconhecem a extensão de seus direitos e não recebem a desejada e necessária contraprestação objeto do seguro ou do plano assistencial. Tanto que, ao necessitarem de atendimento de emergência e o contrato de seguro-saúde ou de outra modalidade assistencial não favorecem o atendimento imediato e mais conveniente, socorrem-se eles das unidades de saúde da rede pública ou do setor privado conveniado ou contratado pelos órgãos do Sistema Único de Saúde.

Hoje cerca de 40% dos recursos do Sistema Único de Saúde são gastos em procedimentos de alto risco, que representam apenas 3% do total de atendimento de clientela majoritariamente (cerca de 80%) coberta pelo setor privado supletivo.

Como se vê, as empresas privadas oneram o poder público, ao deixarem de cumprir com bom atendimento aos pacientes: as patologias mais complexas e que custam caro, são atendidas na rede pública e/ou conveniada. Trata-se, por consequência, de uma diminuição das verbas do SUS que deveriam ser destinadas à promoção e recuperação da saúde de pessoas necessitadas.

Em alguns Estados, como o do Rio de Janeiro, o ressarcimento das despesas médico-hospitalares custeadas pelo Poder Público, do indivíduo que tem seguro-saúde ou outra modalidade assistencial privada, foi assegurado na própria Constituição: "As empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica, administradoras de planos de saúde, deverão ressarcir o Estado e os Municípios das despesas com o atendimento dos segurados respectivos em unidades de saúde pertencentes ao Poder Público estadual ou municipal". (Art. 301 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro).

No Estado de São Paulo existe a Lei 9058, de 29.12.94 que dispõe sobre a obrigatoriedade do reembolso, ao Poder Público, pelas seguradoras.

Assim, este Projeto de Lei – além de realizar justiça, evitando o enriquecimento sem causa das seguradoras e congêneres – visa propiciar à União, aos Estados e aos Municípios recursos adicionais para a melhoria do sistema de saúde, que hoje se encontra sucateado, com reflexos na qualidade da atenção à saúde da população.

Quanto à sua base constitucional e à conformidade com a legislação infraconstitucional baixada pela União, o Projeto de Lei se acha perfeitamente fundamentado, pois, não infringe a garantia de gratuidade das ações e serviços de assistência médico-hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevista na Lei Orgânica da Saúde(Lei Federal nº 8080, de 19/09/90, art. 43), pois está cobrando das sociedades seguradoras e não do indivíduo , e fazendo cumprir o disposto no artigo 130 do Decreto-Lei nº 73/66.

Sala das Sessões em 18 de fevereiro de 2003

Deputado Arlindo Chinaglia

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

DECRETO-LEI Nº 73, DE 21 DE NOVEMBRO DE 1966.

DISPÕE SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS, REGULA AS OPERAÇÕES DE SEGUROS E RESSEGUROS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

.....

CAPÍTULO XII
DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS.

Seção I
Do Seguro Saúde

.....

Art. 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

§ 1º A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquia, de acordo com os critérios fixados pelo CNSP.

§ 2º A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior.

Art. 131. Para os efeitos do art.130 deste Decreto-lei, o CNSP estabelecerá tabelas de honorários médico-hospitalares e fixará percentuais de participação obrigatória dos segurados nos sinistros.

§ 1º Na elaboração das tabelas, o CNSP observará a média regional dos honorários e a renda média dos pacientes, incluindo a possibilidade da ampliação voluntária da cobertura pelo acréscimo do prêmio.

§ 2º Na fixação das percentagens de participação, o CNSP levará em conta os índices salariais dos segurados e seus encargos familiares.

.....

.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

.....

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 156, DE 2003

(Do Sr. Inocêncio Oliveira)

Acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 16 da lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:A Lei nº 9.069, de 29 de junho de 1995, que "dispõe sobre o Plano Real, o Sistema Monetário Nacional, estabelece regras e condições de emissão do Real e os critérios para conversão das obrigações para o Real, e dá outras providências", passa a vigorar acrescido do seguinte artigo 7ºA:

"Art.16 .....

.....

XIA – a possibilidade de escolha, pelo beneficiário, do profissional de saúde de sua preferência, desde que legalmente habilitado e que aceite atender pelo valor dos honorários pagos pelo Plano contratado, observado o disposto no art. 18.

.....

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

JUSTIFICAÇÃO

O projeto visa facultar ao beneficiário de plano de saúde a escolha do profissional de sua preferência, ensejando o credenciamento universal dos profissionais habilitados.

Atualmente, de acordo com dados do Sindicato dos Médicos de Pernambuco e da Federação das Cooperativas de especialidades Médicas do mesmo Estado, quarenta por cento dos brasileiros possuem planos e seguros de saúde. Os médicos, no entanto, são credenciados ao exclusivo critério das operadoras, que tanto não levam em conta

a preferência dos destinatários do plano como até impõem condições àqueles para manterem o credenciamento, não raro em prejuízo da qualidade dos serviços prestados.

Além de ensejar maior confiabilidade ao sistema, a proposta dá maior consistência à relação médico-paciente, podendo inclusive, ampliar a clientela dos próprios planos de saúde.

Sala das Sessões, em 25 de fevereiro de 2003

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
Primeiro-Vice-Presidente

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

DISPÕE SOBRE OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

.....

*Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

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 ou segurado;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - as modalidades do plano ou seguro:

a) individual;

b) familiar; ou

c) coletivo;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

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

X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;

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

§ 1º 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 do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º A validade dos documentos a que alude o caput condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.

*Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição do contrato ou credenciado a que se refere o caput, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.

§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

*Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
*Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.
Parágrafo único. O não-cumprimento do disposto no caput deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

ALTERA A LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, QUE DISPÕE SOBRE OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
....
1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
....
1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput** , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
....
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;
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
....
III..... .....
....
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;
....
V - ....
....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
....
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.
§ 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." (NR)
"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.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput** , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
....
X - a área geográfica de abrangência;
....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput** , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)
"Art.21..... .....
....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. ....
1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)

"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)

"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)

"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)

"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)

"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de

junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

....

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

....

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com

vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
....
5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.

1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das

contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3o, 5o, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 4º A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art.4º ....
....
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
....
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
....
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde;
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
....
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho

de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.
...." (NR)
"Art.10..... .....
....
1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.
§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.
...." (NR)
Art. 13. ....
....
IV - ....
....
p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
q) Associação Médica Brasileira;
V -..... .....
a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
b) das empresas de medicina de grupo;
c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
d) das empresas de odontologia de grupo;
e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:
a) de defesa do consumidor;
b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
....
2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)
"Art.20.....
....
....
6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o

montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.
§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.
§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.
§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos." (NR)
"Art.21. ....
....
1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.
§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei." (NR)
"Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.
§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.
§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)
Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas." (NR)
Art 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 311, DE 2003

(Do Sr. Carlos Nader)

"Altera a alínea "f" do inciso II, do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, e dá outras providências."

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º Altera a alínea f, do inciso II do Art. 12 da lei n.º 9.656, de 3 de julho de 1998, que passará a vigorar com a seguinte redação;

"f – Cobertura de despesas de acompanhamento, no caso de pacientes menores de dezoito anos e idosos com mais de sessenta e cinco anos."

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificação

Os principais pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, são os idosos, eles representam cerca de 38% da população atendida na rede de saúde pública.

Em razão de sua idade ou condições de saúde essas pessoas têm, durante a internação hospitalar, graus de dependência variáveis, mas que com freqüência, são bem maiores que os apresentados por adultos, e similares aos das crianças, necessitando assim, da assistência e do apoio material e afetivo de seus parentes e amigos.

O Sistema Único de Saúde, não prevêem a cobertura de alimentação e despesas do acompanhante para casos de pacientes idosos. O presente projeto de lei visa tornar legal e obrigatório o reconhecimento a essa necessidade dos nossos idosos.

Diante do exposto solicito o apoio dos Nobres Pares para a aprovação do projeto

de lei que ora apresentamos.

Sala das Sessões, 13 de março de 2003.

Deputado Carlos Nader
PFL-RJ

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

DISPÕE SOBRE OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

.....

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

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

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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;

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;

VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde".
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;"
II - são vedadas:
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.

VIDE MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

ALTERA A LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, QUE DISPÕE SOBRE OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
.....
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 1.349, DE 2003

(Do Sr. João Paulo Gomes da Silva)

Dispõe sobre o ressarcimento à rede pública de saúde pelos planos e seguros de saúde privados.

DESPACHO:
APENSE-SE ESTE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Os serviços médicos de qualquer natureza oferecidos pelas instituições que integram a rede pública de saúde aos usuários que participarem de planos de saúde administrados por empresas e outras instituições privadas serão objeto de ressarcimento.

Parágrafo único Para atender o disposto no "caput" deste artigo, os centros de saúde pública emitirão as respectivas faturas dos serviços prestados.

Art. 2º- As instituições da rede pública de saúde não farão distinção para fins de atendimento, entre os usuários que tenham planos de saúde e os que não o possuam.

Art. 3º- As instituições de saúde pública poderão integrar a rede credenciada das administradoras de planos de saúde privados.

Art. 4º- Esta lei entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em

contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Hospitais, policlínicas e postos de saúde públicas sobrevivem com os exíguos recursos do SUS - Sistema Único de Saúde. O quadro geral apresentado por estas instituições é quase sempre desolador: capacidade de atendimento esgotada, lentidão nas prestações de serviços; falta de profissionais de equipamentos e dos materiais necessários à saúde a que a população tem direito e pela qual paga na forma dos impostos.

A quase falência da saúde pública no Brasil tem " empurrado" para os braços dos planos privados, milhares de associados, temerosos de não conseguirem atendimento médico quando dele necessitarem. Curiosa e paradoxalmente, os atendimentos de urgência e mais complexos têm sido feitos, exatamente, pelos hospitais públicos, que dispõem de melhores equipes e equipamentos mais modernos; onde, aliás, os eventos de saúde são mais dispendiosos.

Os atendimentos ambulatórias e exames de laboratório assegurados pelos Planos Privados têm custo modesto, não comprometendo a altíssima lucratividade das empresas do setor que, contratualmente, se obrigam a cobrir **TODOS** os eventos de saúde.

Esta cobrança é perfeitamente viável e não representa nenhuma aberração. As empresas administradoras de plano de saúde irão remunerar a rede pública da mesma forma que remuneram os hospitais e profissionais a ela conveniados, a título de ressarcimento.

Diante do exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres colegas para ver aprovada a presente proposição.

Sala das Sessões, em 26 de junho de 2003.

Deputado JOÃO PAULO GOMES DA SILVA

PROJETO DE LEI N.º 1.603, DE 2003

(Do Sr. Mário Heringer)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1°. O art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. .....

§ 1º São facultados o descredenciamento e a substituição de entidade hospitalar e profissional de saúde, a que se refere o *caput* deste artigo, apenas na hipótese de ocorrência de ato ilegal ou contrário à ética profissional, fraude, erro médico ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, quando devidamente comprovados pela operadora à ANS, e nos casos de erro médico, quando julgado como tal pelo conselho de medicina ou de odontologia da especialidade de que tratar o profissional sujeito ao descredenciamento.

§ 2º A substituição de entidade hospitalar, de que trata o parágrafo primeiro deste artigo, far-se-á por outra em quantidade e qualidade equivalente, e mediante comunicação aos consumidores e à ANS.

§ 3º Nos casos de substituição, de que trata o parágrafo primeiro deste artigo, durante período de internação do consumidor, são obrigações:

I – Do estabelecimento: manter a internação;

II – Da operadora:

Pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato; ou, em caso de substituição por infração às normas sanitárias ou por escolha do consumidor;

Arcar com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor” (NR).

Art. 2º. Dê-se ao artigo 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a seguinte redação:

“Art. 18. .....

I – .....

II – .....

III – a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independentemente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional, bem como recusar-se ao credenciamento de médicos ou odontólogos que respeitem as seguintes condições, no ato do credenciamento:

possuir diploma de graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, na área em que atua, seja em Medicina ou em Odontologia;

possuir diploma e/ou certificado de residência médica ou de pós-graduação em área médica ou odontológica específica, ou, ainda, comprovar exercício profissional de, no mínimo, cinco anos consecutivos na especialidade em que pleiteia credenciamento, com aprovação no exame de competência da sociedade médica ou odontológica da mesma especialidade; e

possuir registro válido no Conselho Regional de Medicina ou no Conselho Regional de Odontologia em que atua.

IV – o acesso imediato e sem ônus a autorização ou, em caso contrário, a comprovação física da negativa de autorização, independentemente do mês do ano, do dia da semana ou do horário em que for efetuada a solicitação, sendo proibido às operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei negarem ou adiarem, sob qualquer pretexto ou alegação, resposta imediatas às solicitações de autorização de que trata este inciso.

Parágrafo único. .....” (NR).

Art. 3º. Acrescente-se o art. 20-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art. 20-A. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do Art. 1º desta Lei ficam obrigadas a utilizarem formulários padronizados, de acordo com modelo apresentado pela ANS, para a solicitação de exames, consultas, transferências de pacientes, perícias e outras atividades que constituam os serviços contratados pelo consumidor.

Parágrafo único. A ANS regulamentará o uso dos formulários de que trata o *caput* deste artigo, definindo as penalidades cabíveis às operadoras que descumprirem o disposto no mesmo”.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificativa

Desde sua promulgação em 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656 vem sofrendo alterações que visam aprimorar seu conteúdo e retirar-lhe algumas imperfeições. Na seqüência dessas alterações, apresentamos o presente projeto de lei, com os seguintes objetivos:

coibir as diversas modalidades de coação praticadas pelas operadoras de planos e seguros de saúde no jogo, muitas vezes antiético, do credenciamento e do descredenciamento de profissionais e entidades clínicas e hospitalares, que compromete a qualidade dos serviços prestados ao consumidor;

“destampar a caixa preta” dos procedimentos médicos cobertos pelas operadoras de planos e seguros de saúde e, paralelamente, ampliar o controle estatal sobre os mesmos, bem como o próprio registro epidemiológico nacional;

diminuir a exclusão profissional com a valorização da profissão liberal;

permitir a verdadeira livre escolha pelo USUÁRIO baseada na melhor relação médico-paciente; e,

agilizar as respostas às solicitações de autorização para procedimentos médicos feitas pelos prestadores de serviço às operadoras.

Para atingir esses objetivos, determinamos as seguintes alterações na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998:

Ampla restrição ao descredenciamento de entidades hospitalares e profissionais de saúde, limitando o mesmo a razões de ordem legal, ética, sanitária ou de erro médico comprovado, impossibilitando, dessa forma, que o descredencimento possa ser feito por vontade injustificada da operadora ou em benefício próprio da mesma;

Proibição à recusa de credenciamento de profissionais de saúde que comprovem os requisitos determinados em Lei para o exercício de sua atividade com qualidade, quais sejam, graduação em Medicina ou Odontologia, residência médica ou equivalente, e registro no conselho regional de medicina ou de odontologia onde atua ou pretende atuar;

Garantia aos prestadores de serviço do direito de obtenção de autorização ou negativa tão logo solicitado, com proibição de que as operadoras neguem ou adiem, sob qualquer pretexto, resposta à solicitação de autorização; e

Determinação de formulários padronizados, conforme modelo determinado pela ANS, nos quais encontrem-se terminologias e códigos unificados.

Com essas alterações na Lei nº 9.656, de 1998, entendemos contribuir decisivamente para a melhora na qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de seguros e planos de saúde, pelos médicos e odontólogos, e pelos serviços de saúde credenciados, minimizando o “mercado negro” do credenciamento e do descredenciamento, e ampliando, outrossim, o controle do Estado e da sociedade civil sobre campo de tão profunda responsabilidade social que é a saúde da população brasileira.

Dada a relevância e a urgência da matéria, esperamos contar com o apoio de nossos pares neta Casa para sua célere aprovação.

Sala das Sessões, 31 julho de 2003.

Deputado Mário Heringer

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:
I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;
II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.
§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:
I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;
II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.
Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.
.....
Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 1º É facultada a substituição do contrato ou credenciado a que se refere o caput, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.
§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.
Parágrafo único. O não-cumprimento do disposto no caput deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.
Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.
Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:
*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
.....
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.777, DE 2003

(Do Sr. André Luiz)

Dispõe sobre a proibição das empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados documentos de uso pessoal que não fazem prova de identidade e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º - Fica proibido as empresas que gerenciam planos de saúde e afins solicitar de seus associados , documentos pessoais que não fazem prova de identificação.

Art. 2º - caberá as empresas gerenciadoras de planos de saúde habilitar seus associados com documentos próprios necessários para que os mesmos sejam atendidas na rede conveniada.

Parágrafo único – As Empresas gerenciadoras de planos de saúde e afins, deverão manter suas redes conveniadas devidamente informadas quanto ao documento a ser solicitado para atendimento dos associados.

Art. 3º - As empresas que deixarem de cumprir esta Lei serão multados em 50 (cinqüenta) vezes o valor da mensalidade do associado envolvido.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Em todo o Território Nacional, quantas são as empresas que exploram o ramo de plano de saúde, quando buscam aumentar o número de associados, no bojo de suas propagandas os oferecimentos são mirabolantes promete-se muitas das vezes aquilo que não se pode cumprir.

Uma prática comum neste mercado é a solicitação ao associado de documentos que são dispensáveis, como principalmente o contra-cheque que é de uso pessoal, e não serve para identificar o associado do plano de saúde.

Entendemos que toda esta dificuldade é para criar a facilidade de não atender o associado.

Este projeto de lei objetiva por fim nesta prática que é nociva a nossa população, e fazer com que as gerenciadoras de planos de saúde e afins, promovam mecanismos necessários ao atendimento do associado, sem que este tenha que andar com um manancial de documentos, que frisamos alguns de uso pessoal.

Sala das Sessões, em 21 de agosto de 2003

Deputado ANDRÉ LUIZ – PMDB/RJ

PROJETO DE LEI N.º 2.474, DE 2003

(Do Sr. Joaquim Francisco)

Estabelece o direito ao usufruto de planos de saúde pelo período correspondente ao período de carência efetivamente paga.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

O usuário de Planos de Saúde, Seguros-Saúde ou congêneres que, após contribuir durante todo o período de carência correspondente a seu plano, por algum motivo deixe de fazê-lo, terá direito ao usufruto de todos os benefícios previstos em seu contrato, pelo mesmo prazo de carência paga, a contar da última mensalidade efetuada.

Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A proposição que ora apresentamos à consideração dos nobres pares foi inspirada em projeto arquivado na última Legislatura, de autoria do então Deputado José Carlos Coutinho.

O projeto transforma em benefício para os usuários a instituição da carência, a fim de que estes possam ter garantida a cobertura por um período correspondente ao tempo de carência, em que pagamentos foram efetuados, mas os serviços não foram plenamente utilizados.

A matéria interessa a milhões de consumidores de planos de saúde no País. Esses brasileiros, que se vêem obrigados a arcar com elevados custos de planos de saúde - pois a garantia constitucional do direito à saúde ainda não se traduziu num adequado financiamento do Sistema Único de Saúde, para que produza atendimento universal com qualidade -, ainda têm que se submeter a contratos que desprezam todo o investimento e sacrifício realizados durante o período de carência.

Contamos com o apoio dos ilustres Deputados para aprovar essa proposição de inquestionável alcance social.

Sala das Sessões, em 12 de novembro de 2003.

Deputado Joaquim Francisco

PROJETO DE LEI N.º 2.934, DE 2004

(Da Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar denúncias de irregularidade na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de Planos de Saúde.)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências

NOVO DESPACHO:

Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei destina-se a aperfeiçoar a legislação sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Os dispositivos a seguir enumerados, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º .....

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

.....

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplemetar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato, individual ou coletivo, que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, inclusive:

.....

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas, que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração, bem como as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores.

.....

§ 4º .....(NR).”

“Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, bem como ações de prevenção e promoção da saúde respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

.....

§ 1ºA. Para os fins do disposto no inciso II, junta médica, composta por representantes da ANS, das operadoras, das sociedades médicas respectivas e dos usuários, avaliará, quando necessário, se os procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como próteses e órteses, objetivam restaurar funções para correção de lesão proveniente

de acidente pessoal ou de plástica reconstrutiva de mama.

.....

§ 4º .....(NR).”

“Art. 11. É vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões pré-existentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei após dezoito meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. São vedados, ainda:

I – a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS;

II – o oferecimento de agravo ou qualquer outra modalidade de aumento no valor das contraprestações pecuniárias para a inclusão da cobertura referida no *caput* (NR).”

“Art. 12. São facultadas a oferta, a 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 V deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

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;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, inclusive nas modalidades opcionais de hospital-dia e internação domiciliar, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

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;

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;

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, aluguéis e diárias, 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

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

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;

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 incluir assistência farmacêutica, o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, conforme dispuser o regulamento;

VI - 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;

VII - 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, hospitalares e farmacêuticos praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VIII - 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.

§ 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 (NR).”

“Art. 16. .....

.....

III – os períodos de carência para consultas, internações, assistência farmacêutica, procedimentos e exames;

.....

VIII – a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica;

.....

XII - .....(NR).”

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado, referenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará:

I – formalizar, por intermédio de instrumento contratual, os direitos e obrigações mútuos, inclusive:

os procedimentos para os quais o prestador ou profissional de saúde é indicado, especificando o regime de atendimento, se hospitalar, ambulatorial, de urgência ou emergência;

os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento;

definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorização prévia;

definição do prazo de vigência do contrato, condições para sua renovação, bem como previsão de multa pelo seu descumprimento;

causas de rescisão, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso;

fornecimento à operadora e à ANS das informações relativas aos serviços prestados, resguardado o sigilo profissional;

critérios para descredenciamento.

II – se pessoa jurídica, possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

§ 1º A manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se aos estabelecimentos hospitalares sem prejuízo do disposto no art. 17.

§ 3º A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular (NR)."

"Art. 19. .....

.....

§ 3º .....

IV – segmentação da assistência, em ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, farmacêutica, odontológica e referência;

.....

§ 7º .....(NR)."

"Art. 24. .....

.....

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeitos as medidas por ela determinadas para sanear as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira, sem que esta medida implique na perda das carências ou em quaisquer outros prejuízos para os mesmos (NR)."

Art. 3º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

"Art. 11A. É vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de plano de saúde devem manter serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames e procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mal funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização do objeto da consulta."

"Art. 13A. Após decorridos cento e oitenta dias da contratação, é assegurado ao usuário insatisfeito com sua operadora, desde que em dia com o pagamento das contraprestações pecuniárias, o direito de mobilidade, consistente na troca de operadora, preservados a similaridade entre os planos e os prazos de carência já cumpridos, inclusive os relativos à cobertura parcial temporária dos casos de doenças e lesões pré-existentes.

§ 1º A insatisfação a que se refere o *caput* deve ser comprovada mediante reclamação acolhida como procedente pelo Poder judiciário, ou pela ANS, em processo regular.

§ 2º O exercício do direito de mobilidade condiciona-se à aceitação por parte da nova operadora."

“Art. 18A. O consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano.

Parágrafo único. A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos.”

“Art. 35 N. As pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.”

“Art. 35 O. Constitui crime induzir o consumidor ou usuário a adquirir produto que possa ser confundido com plano privado de assistência à saúde regulado por esta lei, ou apresentar-se como operadora deste, por via de indicação ou afirmação falsa, enganosa ou ardilosa sobre a natureza dos produtos oferecidos, utilizando-se de qualquer meio, inclusive a veiculação ou divulgação publicitária:

Pena: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.”

Art. 4º Esta lei entrará em vigor após 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Ao longo dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a “investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde” (CPI — PLANOS DE SAÚDE), numerosas idéias e sugestões foram encaminhadas à Relatoria, tanto por parte dos depoentes, como dos Parlamentares membros, titulares e suplentes.

Cada idéia ou sugestão foi analisada à luz dos mandamentos constitucionais, de sua exeqüibilidade, de seu mérito, de sua competência e de sua capacidade para aperfeiçoar o arcabouço jurídico que trata da questão dos planos de saúde.

Muitas dessas proposituras enquadram-se em atos administrativos, que se inserem na esfera de atribuições do Executivo e que, portanto, podem ser tomadas mediante Decretos ou, até mesmo, atos de menor hierarquia.

Outras demandam aprovação pelo Congresso Nacional, mas abordam temas cuja iniciativa de apresentação como Projetos de Lei é exclusiva do Presidente da República, e foram, desse modo, objeto de Indicação, encaminhada ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde.

Por fim, temos as sugestões passíveis de iniciativa do próprio Poder Legislativo, e que, em sua maioria, requerem alterações na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências”, agrupadas nesta proposição.

Assim, propomos a alteração da Lei nos seguintes aspectos:

1) Mudança da definição de “plano privado de assistência à saúde”, no inciso I, do art. 1º, de forma a incluir a assistência farmacêutica entre as modalidades de intermediação disponíveis no mercado de saúde suplementar. Esse foi um ponto de convergência entre diversos setores que se fizeram representar nas Audiências Públicas realizadas ao longo dos trabalhos da CPI e configura-se como mais uma opção de segmentação a ser oferecida facultativamente pelas operadoras aos usuários de planos de saúde.

2) Alteração do §1º, do art. 1º, de forma a corrigir uma omissão do texto em vigor que embasa uma suposta não competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para fiscalizar planos de saúde coletivos.

3) Alteração do § 2º, do art. 1º, com vistas a incluir sob o manto da Lei 9.656/98, e conseqüentemente da ANS, as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais, que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores, nos moldes do IAMSPE, em São Paulo, e do IASERJ, no Rio. Essas entidades, muitas vezes, agem como operadoras de planos de saúde, contratando e credenciando prestadores e, no entanto, restam sem qualquer fiscalização. Ademais, não informam sobre sua produção e sobre seu gasto, não permitindo a sistematização dos dados que dizem respeito a mais de cinco milhões de beneficiários.

4) Inserção de expressão no *caput* do art. 10 com vistas a assegurar a saúde integral ao usuário, bem como economia para as operadoras. Os planos de saúde deverão, assim, implementar campanhas educativas e de promoção da saúde, e a adoção de procedimentos necessários para prevenção de doenças (a exemplo do câncer de mama, colo de útero etc) bem como os protocolos de prevenção consagrados pelas sociedades de especialidades médicas e pelo Ministério da Saúde.

Ainda, a inserção de um parágrafo novo no art. 10, com vistas a permitir que cirurgias plásticas, desde que decorentes de acidentes pessoais ou para reconstrução mamária não sejam consideradas liminar e unilateralmente como “procedimentos para fins estéticos” pelas operadoras. De fato, muitas vezes procedimentos dessa natureza se fazem imprescindíveis. Nossa intenção é que uma junta médica, cuja composição e representatividade serão objeto de regulamentação ulterior, manifeste-se sobre o caráter reparador de tais procedimentos.

5) Alteração do art. 11, *caput*, e inserção de um § 2º, objetivando, em primeiro lugar, a redução do prazo para que as operadoras excluam tratamentos ou procedimentos de doenças ou lesões preexistentes de 24 para 18 meses. Secundariamente, visa-se à proibição da prática do “agravo”, pecúnia que onera as mensalidades pagas pelos beneficiários com vistas a que as aludidas doenças e lesões possam ser objeto de cobertura por parte da operadora. Tais alterações se justificam plenamente, pois houve uma convergência de opiniões sobre o fato de que o prazo de 24 meses hoje em vigor é excessivamente longo, cabendo uma redução, em nosso entender razoável, para 18 meses no período de exclusão de que trata o dispositivo. No que concerne à proibição da prática do agravo, verificou-se que seu valor, quando admitido pela operadora, tem sido tão elevado, que o torna praticamente proibitivo ou inexeqüível.

6) Alteração do art. 12, em que são definidas as formas admissíveis de segmentação

do mercado de planos de saúde, de forma a facultar às operadoras o oferecimento das modalidades opcionais, na assistência hospitalar, de hospital-dia e de internação domiciliar – esta quando em substituição ao regime de internação hospitalar. Tais modalidades, apesar de amplamente difundidas e de representarem melhoria na assistência, diminuição de risco de superinfecções e diminuição de custos, ainda não estão previstas nos contratos das operadoras.

7) Ainda no art. 12, foram feitas alterações para que fosse introduzida a faculdade de oferecimento, pelas operadoras, de uma nova segmentação do setor: a de assistência farmacêutica. Essa segmentação foi veiculada por praticamente todos os setores que se fizeram representar nas audiências levadas a cabo, e houve praticamente uma unanimidade sobre sua necessidade e aceitação. Desse modo, não há porque excluir esse possível nicho de mercado, plenamente admitido pelos usuários e empresas, mas que precisa ser previsto em lei para que se configure como uma opção passível de fiscalização, controle e regulação por parte da ANS.

8) Inserção da expressão “assistência farmacêutica” nos incisos III e VIII do art. 16, para compatibilizar o texto atual com a introdução da segmentação de assistência farmacêutica, já mencionada no item a.5.

9) Profunda modificação do conteúdo do art. 18, mantidos os dispositivos originais, de forma a introduzir a contratualização na relação entre operadoras e prestadores de serviços. O novo inciso I define as regras básicas atinentes aos contratos a serem firmados. Destaque-se nessas regras: a indicação do prestador para o tipo de atendimento contratado; os valores, prazos e formas de pagamento e de faturamento dos serviços contratados; a definição das formas de auditoria e dos procedimentos que requerem autorização da operadora; a determinação dos prazos de vigência e de critérios para a renovação e para rescisão; e a determinação sobre fornecimento de informações à ANS. A contratualização permitirá uma relação indubitavelmente mais transparente entre as operadoras e os prestadores credenciados e contratados, com evidentes ganhos para os usuários. Diminuirão, também, as freqüentes queixas dos prestadores de sofrerem pressões para redução de custos, com perda de qualidade da assistência, e as recusas de atendimento com base em atrasos de pagamentos.

10) Introdução, igualmente, de um dispositivo, no mesmo art. 18, de que as pessoas jurídicas contratadas como prestadores estejam cadastrados no Ministério da Saúde, de forma a facilitar o processo de fiscalização da Agência e o ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados em usuários de planos de saúde.

11) Alteração do inciso IV do art. 19, de forma a compatibilizá-lo com a previsão de criação do segmento de assistência farmacêutica.

12) Introdução, no § 5º do art. 24, *in fine*, de expressão com vistas a resguardar os direitos dos usuários quando da alienação de carteiras de operadoras submetidas a intervenção pela ANS, mormente no que concerne à contagem dos prazos de carência.

13) Acrescentado o Art. 11 A, proibindo de forma definitiva e inequívoca a prática, largamente utilizada, da exigência de caução para o atendimento ou para a internação de usuários. Essa prática é determinada pelo comportamento abusivo por parte das

operadoras que não mantêm canais de comunicação permanentes com seus usuários e prestadores. Os estabelecimentos e profissionais, desse modo, desejosos de garantias de pagamento do serviço prestado ou de remuneração de seu trabalho, pressionam a parte fraca dessa tríade. Observe-se que tal pressão é exercida sobre o usuário num momento que potencializa sua fragilidade, pois ninguém — seja o próprio paciente, um familiar ou amigo — é capaz de recusar a assinatura de um cheque ou a dação de garantia material quando supõe que a vida ou a integridade, sua ou de um ente querido. encontra-se em jogo. A proibição da caução não significa, entretanto, em jogar os prestadores às feras e fazê-los responsáveis por uma relação sobre a qual não têm controle. A introdução do instrumento de contratualização entre as operadoras e a rede credenciada ou referenciada pode possibilitar a resolução favorável desses gargalos do sistema. Obriga-se, outrossim, que as operadoras mantenham serviço ininterrupto, visando à rápida e ágil autorização para internações, exames e procedimentos.

14) Acrescentado o Art. 13 A, introduzindo o instituto da mobilidade, que representará uma verdadeira Lei Áurea para o usuário. Hoje, ao comprar um plano de saúde, o consumidor não tem qualquer garantia de satisfação ou de cumprimento da lei e das cláusulas contratuais. Isso significa que pode tornar-se um verdadeiro refém de uma má operadora, pois relutará muito em trocar de empresa tendo que cumprir novos períodos de carência. Dessa forma, ao se prever a mobilidade, cria-se a possibilidade de o usuário insatisfeito libertar-se desse vínculo indesejado e enseja-se um vigoroso incentivo ao mercado para que as operadoras procurem cativar a sua clientela, propiciando boas condições de atendimento. Para prevenir tentativas de burla por parte de usuários mal intencionados, exige-se que para exercer a mobilidade o interessado, desde que decorridos 180 dias da contratação, esteja em dia com o pagamento de suas obrigações, tenha efetivado uma reclamação consistente junto aos foros apropriados e tenha o aceite por parte da nova operadora. Adicionalmente, prevê-se que a mobilidade do usuário entre operadoras deve observar a similaridade dos produtos ofertados, de modo a evitar a anti-seleção. O desenvolvimento de mecanismos que permitam ao consumidor maior mobilidade no sistema – sem a necessidade de cumprir novas carências - é fator fundamental para o controle da qualidade e do preço, por meio da concorrência e da competitividade. A maior restrição à adoção da mobilidade é o fato de que cerca de 70% dos usuários de planos individuais estão em planos antigos, sem qualquer padrão de comparação possível de cobertura assistencial. Portanto, a mobilidade está diretamente ligada à implementação de regras bem sucedidas de migração.

15) Acrescentado o Art. 18 A, resgatando o texto do atual art. 18, desmembrado para que fosse inserido o mecanismo de contratualização.

16) Acrescentado o art. 35 N, dispondo que as pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.

Este novo dispositivo é de suma importância, na medida em que dará poderes à ANS

para fiscalizar as empresas que atuam irregularmente no setor de planos de saúde, mesmo que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, data da entrada em vigor da Lei n.º 9656, seja porque, simplesmente, não se registraram na Agência, ou porque não podem ser caracterizadas como operadoras.

17) Acrescentado o Art. 35 O, que tipifica o crime e prevê pena de um a cinco anos de reclusão para os responsáveis por empresas que, fazendo-se passar por operadoras, induzem o consumidor a adquirir seus produtos como se fossem planos de saúde. Tais empresas têm como estratégia mercadológica operar no ramo de saúde sem registro na ANS e, portanto, sem obediência aos ditames legais atinentes ao setor suplementar. Mesmo porque, tecnicamente, não são realmente planos de saúde, haja vista não satisfazerem os requisitos do art. 1º, incisos I e II, da Lei 9656/98, principalmente no que tange à modalidade de reembolso ou pagamento direto ao prestador. Sublinhe-se que a criminalização de tal conduta, sem dúvida, contribuirá com o intuito dos membros desta Comissão de inibir prática tão insidiosa.

Feitas essa considerações, conclamamos nossos ilustres Pares a apoiar a presente proposição que representará, sem dúvida alguma, um significativo avanço para o setor de saúde suplementar.

Sala das Sessões, em 04 de fevereiro de 2004.

Deputado Henrique Fontana
Presidente

Deputado Dr. Ribamar Alves
Relator

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

.....
Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;
VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.
§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art.1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art.1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
** Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/05/2001.*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art.10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:
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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art.1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art.10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

.....
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 ou segurado;
VI - os eventos cobertos e excluídos;
VII - as modalidades do plano ou seguro:
a) individual;
b) familiar; ou
c) coletivo;
VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;
IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;
X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;
XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.
§ 1º 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 do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.
§ 2º A validade dos documentos a que alude o caput condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.
Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.
Parágrafo único. O não-cumprimento do disposto no caput deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.
Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art.32.
§ 1º Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.
.....
Art. 24. Sempre que ocorrer insuficiência nas garantias a que alude o inciso VII do art.3º, ou anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, em qualquer operadora de

planos privados de assistência à saúde, a SUSEP poderá nomear, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-fiscal com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CNSP.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal por administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem efeito suspensivo, para o CNSP.
§ 2º Os administradores da operadora que se encontrar em regime de direção fiscal serão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora e proporá à SUSEP as medidas cabíveis conforme previsto nesta Lei.
§ 4º O diretor-fiscal poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para recuperação econômico-financeira, a SUSEP promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação por leilão da carteira das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.
§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art.19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.
§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.
Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art.62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede

credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art.1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, e observado o que dispõe o art.19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração,

constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput** , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
.....
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;
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
.....
.....
III.....
.....
.....
.....
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;
.....
.....
V - .....
.....
.....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput** , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art.35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais

de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput** , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art.12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art.32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste

artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
.....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores,

administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....

.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art.25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art.19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art.29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência

do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
.....
§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art.30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art.35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo

deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art.35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art.19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art.13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art.15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art.35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art.1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)

"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3o, 5o, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art.1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
.....
Art 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 3.058, DE 2004

(Do Sr. Mário Heringer)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Acrescente-se o art. 35-N à Lei 9.656, de 3 de junho de 1988, com a seguinte redação:

“Art. 35-N. As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde ficam obrigadas a emitir relatório completo, na forma do disposto no § 1º deste artigo, no ato do reembolso ou pagamento previsto no art. 1º, inciso I desta Lei.

§ 1º O relatório a que se refere o *caput* deve discriminar:

I – O valor cobrado pelo prestador;

II – O valor reconhecido pela Operadora;

III – O resultado da diferença entre os valores referidos nos incisos I e II deste parágrafo;

IV – A justificativa da diferença de que trata o inciso III deste parágrafo, identificando os valores referentes a:

a) Glosa;

b) Tributos retidos;

c) Erro;

d) Outra causa, com obrigatória discriminação da mesma.

§ 2º A emissão do relatório de que trata o *caput* deve ser isenta de condicionalidades, direta e gratuita.

§ 3º O descumprimento do disposto neste artigo incorrerá nas penalidades previstas nos arts. 25 e 27 desta Lei”.

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

Justificativa

O Projeto de Lei que ora submetemos à avaliação dos nobres pares desta Casa visa aperfeiçoar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 2003, no que respeita ao instrumento formal que comprova o pagamento por parte das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde aos profissionais das áreas médica e odontológica, bem assim às entidades hospitalares e aos centros diagnósticos que lhes prestam serviços.

A inexistência de determinação legal para regulamentar a comprovação e a discriminação dos pagamentos realizados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde contribui diretamente para a sonegação fiscal e para a prática da realização de glosas lineares injustificáveis.

Acreditamos que a aprovação do presente Projeto de Lei dará maior transparência às relações comerciais entre Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e prestadores, reduzindo as injustiças atualmente existentes nessa relação, bem como os riscos relativos à sonegação fiscal.

Esperamos contar com o apoio dos nobres colegas para a mais célere aprovação da presente matéria.

Sala das Sessões, 04 de março de 2004.

Deputado Mário Heringer
PDT/MG

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

.....

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.

Art. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/08/2001.**

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

.....

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos,

consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

.....

"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (composiçaõ: vide Dec.4.044, de 6.12.2001)
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos

consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.088, DE 2004

(Do Sr. João Caldas)

Dispõe sobre a obrigatoriedade do atendimento médico-hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento de despesas pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE O PROJETO DE LEI N. 3.088/2004 AO PROJETO DE LEI 71/2003, QUE SE ENCONTRA APENSADO AO PROJETO DE LEI N. 7.419/2006. REVEJO O DESPACHO INICIAL APOSTO AO PROJETO DE LEI N. 7.419/2006 PARA INCLUIR A COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA PARA PROFERIR PARECER QUANTO AO MÉRITO. PUBLIQUE-SE. OFICIE-SE. [ATUALIZAÇÃO DO DESPACHO DO PL N. 7.419/2006: À CSSF, CDC, CFT (ART. 54 DO RICD) E CCJC (MÉRITO E ART. 54 DO RICD) -

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. É vedada a recusa de atendimento médico-hospitalar, por entidade de direito público ou privado, em caráter de emergência, a qualquer paciente, sob alegação de inexistência de convênio ou credenciamento ou vinculação a plano ou seguro de saúde ou, ainda, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Considera-se atendimento médico-hospitalar em caráter de emergência todo aquele decorrente de acidentes domésticos, de trânsito e outros, bem como eventos inesperados que necessitem avaliação médica urgente que não possam aguardar atendimento ambulatorial.

Art. 2º. A despesa decorrente do atendimento em caráter emergencial será apresentada à administradora do plano ou seguro de saúde do paciente, ou ao Sistema Único de Saúde, que não poderá recusar pagamento sob o fundamento de inexistência de credenciamento, convênio ou vinculação, os quais passam a existir por presunção legal.

Art. 3º. O descumprimento do disposto no art. 1º desta Lei caracteriza omissão de socorro para os fins civis e criminais previstos na legislação própria, punida, em qualquer caso, com multa, em favor do paciente, de valor equivalente ao montante da despesa em que ele incorrer na entidade na qual for efetivamente atendido.

Art. 4º. O descumprimento do disposto no art. 2º sujeita os administradores de plano ou seguro de saúde às mesmas cominações civis

e penais decorrentes da omissão de socorro, cumuladas, em qualquer caso, com multa, em favor da entidade médica-hospitalar, de valor equivalente ao total da despesa incorrida pelo paciente.

Art. 5º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A vida e a incolumidade da pessoa humana devem ser preservadas acima de qualquer consideração de ordem comercial ou contratual.

A disseminação dos planos e seguros de saúde trouxe, em contrapartida, inaceitável e inexplicável discriminação no atendimento médico-hospitalar, mesmo em casos de emergência, quando o indivíduo foi vítima de acidente ou de mal súbito com grave risco de seqüelas ou mesmo de morte.

Lamentavelmente, tornou-se praxe que clínicas e hospitais, antes de prestarem o pronto atendimento à vítima, preliminarmente façam a perquirição se ela é coberta pelos convênios de planos de saúde que acaso tenham.

E, absurdo dos absurdos, pacientes são recusados na própria portaria sob a alegação de que seu plano de saúde não tem convênio com aquele determinado hospital ou clínica. Fácil assim imaginar o drama humano daí decorrente e as conseqüências de agravamento do estado da vítima, fora o simples prolongamento de dores e sofrimentos que poderiam ser abreviados pelo pronto atendimento.

Os hospitais alegam que não têm, depois, como se ressarcir das despesas efetuadas. As administradoras aferram-se no pretexto de que o hospital não era seu credenciado. Essas desculpas de fundo meramente comercial acabam por empanar ou mesmo encobrir o crime de omissão de socorro que está sendo perpetrado.

Com este projeto, busca-se pôr um cobro à situação, dando ao paciente a segurança de que será prontamente atendido e ao hospital a segurança de que será ressarcido.

Sala das Sessões, 9 de março de 2004.

Deputado JOÃO CALDAS
(PL-AL)

PROJETO DE LEI N.º 3.247, DE 2004

(Do Sr. José Roberto Arruda)

Dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório, das despesas correspondentes, pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE ESTE AO PL-3088/2004.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º É vedada a recusa de atendimento médico-hospitalar, por entidade de direito público ou privado, em caráter de emergência, a qualquer paciente, sob alegação de inexistência de convênio ou credenciamento ou vinculação a plano ou seguro de saúde ou, ainda, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Considera-se atendimento em caráter de emergência todo aquele decorrente de acidentes domésticos, de trânsito e outros, bem como eventos inesperados que necessitem avaliação médica urgente que não possam aguardar atendimento ambulatorial.

Art. 2º A despesa decorrente do atendimento em caráter emergencial será apresentada à administradora do plano ou seguro de saúde do paciente, ou ao Sistema Único de Saúde, que não poderá recusar pagamento, sob o fundamento de inexistência de credenciamento, convênio ou vinculação, os quais passam a existir por presunção legal.

Art. 3º O descumprimento do disposto no art. 1º desta Lei caracteriza omissão de socorro, para os fins civis e criminais previstos na legislação própria, punida, em qualquer caso, com multa, em favor do paciente, de valor equivalente ao montante da despesa em que o ele incorrer na entidade na qual for efetivamente atendido.

Art. 4º No descumprimento do disposto no art. 2º os administradores do plano ou seguro de saúde ficam sujeitos às mesmas cominações civis e penais decorrentes da omissão de socorro, cumuladas, em qualquer caso, com multa, em favor da entidade médica-hospitalar, de valor equivalente ao total da despesa incorrida pelo paciente.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A vida e a incolumidade da pessoa humana devem ser preservadas acima de qualquer consideração de ordem comercial ou contratual.

A disseminação dos planos e seguros de saúde trouxe, em contrapartida,

inaceitável e inexplicável discriminação no atendimento médico-hospitalar, mesmo em casos de emergência, quando o indivíduo foi vítima de acidente ou de mal súbito com grave risco de seqüelas ou mesmo de morte.

Lamentavelmente, tornou-se praxe que clínicas e hospitais, antes de prestarem o pronto atendimento à vítima, preliminarmente façam a perquirição se ela é coberta pelos convênios de plano de saúde que acaso tenham.

E, absurdo dos absurdos, pacientes são recusados na própria portaria, sob a alegação de que seu plano de saúde não tem convênio com aquele determinado hospital ou clínica. Fácil imaginar o drama humano daí decorrente e as conseqüências de agravamento do estado da vítima, fora o simples prolongamento de dores e sofrimentos que poderiam ser abreviados pelo pronto atendimento.

Os hospitais alegam que não têm, depois, como se cobrir das despesas efetuadas. As administradoras aferram-se no pretexto de que o hospital não era seu credenciado. Essas desculpas de fundo meramente comercial acabam por empanar ou mesmo encobrir o crime de omissão de socorro que está sendo perpetrado.

Com este projeto, busca-se por um cobro à situação, dando ao paciente a segurança de que será prontamente atendido e ao hospital a segurança de que será ressarcido.

Sala das Sessões, 25 de março de 2004.

JOSÉ ROBERTO ARRUDA
Deputado

PROJETO DE LEI N.º 3.362, DE 2004

(Do Sr. Walter Pinheiro)

Dispõe sobre o ressarcimento de despesas hospitalares a atendimentos em caráter de emergência.

DESPACHO:
APENSE-SE ESTE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

O atendimento médico-hospitalar em caráter de emergência a todo paciente é obrigatório por parte de todas os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, independentemente da existência de contrato ou convênio com Sistema Único de Saúde — SUS — ou com operadora de plano de saúde.

§ 1º Para os efeitos dessa lei considera-se atendimento médico hospitalar em caráter de emergência aquele necessário ao paciente que se encontrar em situação de risco

imediato de vida ou de lesão irreparável.

§ 2º O atendimento a que alude o caput deve ser prestado até o momento em que o paciente encontrar-se em condições de transferência para outra unidade hospitalar de sua escolha ou da rede pública.

Art. 2º As despesas decorrentes dos atendimentos a que se refere o art. 1º serão apresentadas pelos estabelecimentos de saúde à operadora de plano de saúde ou ao SUS, conforme o caso, que não poderão eximir-se do pagamento sob a alegação de inexistência de contrato, convênio ou qualquer outra forma de vinculação praticada.

Parágrafo único. Os valores das despesas a que se refere o caput serão calculados com base nas tabelas praticadas pela operadora ou pelo SUS.

Art. 3º O descumprimento do disposto no art. 1º desta lei caracteriza omissão de socorro por parte do responsável pela instituição, sem prejuízo de indenização a ser pleiteada pelo paciente.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A vida e a incolumidade da pessoa humana devem ser preservadas acima de qualquer consideração de ordem comercial ou contratual.

A disseminação de planos de saúde trouxe como conseqüência inaceitável e inexplicável a discriminação no atendimento médico-hospitalar, mesmo em casos de emergência.

Lamentavelmente, tornou-se praxe que clínicas e hospitais, antes de prestarem o pronto-atendimento ao indivíduo, façam a perquirição se ele é beneficiário por algum plano de saúde que mantenha acordo, convênio ou contrato com aquele estabelecimento.

E, absurdo dos absurdos, pacientes são recusados na portaria de hospitais sob a alegação de que seu plano não permite o atendimento naquele estabelecimento. Fácil imaginar o drama humano daí decorrente e o conseqüente agravamento do estado do paciente, sem contar o prolongamento de dores e sofrimentos que poderiam ser abreviados pelo atendimento imediato.

Os hospitais alegam que são entidades privadas e que não tem como se ressarcir das despesas efetuadas. Já as administradoras aferram-se ao pretexto de que o estabelecimento não é seu credenciado. Tais desculpas, de fundo meramente comercial, acabam por empanar a omissão de socorro perpetrada, crime previsto no nosso Código Penal.

Com essa proposição, busca-se por um cobro à situação descrita, dando ao paciente a segurança de que será prontamente atendido e ao hospital a garantia de que será prontamente ressarcido.

Isto posto, diante do grande alcance da medida proposta, esperamos vê-la aprovada e transformada em lei pelo voto de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional.

Sala das Sessões, em 13 de abril de 2004.

Deputado WALTER PINHEIRO

PROJETO DE LEI N.º 3.708, DE 2004

(Do Sr. João Campos)

Dispõe sobre o atendimento hospitalar em caráter de emergência e o ressarcimento obrigatório, das despesas correspondentes, pelas administradoras de planos e seguros de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE ESTE AO PL-3088/2004.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º É vedada a recusa de atendimento médico-hospitalar, por entidade de direito público ou privado, em caráter de emergência, a qualquer paciente, sob alegação de inexistência de convênio ou credenciamento ou vinculação a plano ou seguro de saúde ou, ainda, ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Considera-se atendimento em caráter de emergência todo aquele decorrente de acidentes domésticos, de trânsito e outros, bem como eventos inesperados que necessitem assistência médica urgente que não possam aguardar atendimento ambulatorial.

Art. 2º A despesa decorrente do atendimento em caráter emergencial será apresentada à administradora do plano ou seguro de saúde do paciente, ou ao Sistema Único de Saúde, que não poderá recusar pagamento, sob o fundamento de inexistência de credenciamento, convênio ou vinculação, os quais passam a existir por presunção legal.

Art. 3º O descumprimento do disposto no art. 1º desta Lei caracteriza omissão de socorro, para os fins civis e criminais previstos na legislação própria, punida, em qualquer caso, com multa, em favor do paciente, de valor equivalente ao montante da despesa paga à entidade na qual for efetivamente atendido.

Art. 4º No descumprimento do disposto no art. 2º os administradores do plano ou seguro de saúde ficam sujeitos às cominações civis daí decorrentes, cumuladas, em qualquer caso, com multa, em favor da entidade médica-hospitalar, de valor equivalente ao total da despesa incorrida pelo paciente.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A vida e a incolumidade da pessoa humana devem ser preservadas acima de qualquer consideração de ordem comercial ou contratual.

A disseminação dos planos e seguros de saúde trouxe, em contrapartida, inaceitável e inexplicável discriminação no atendimento médico-hospitalar, mesmo em casos de emergência, quando o indivíduo foi vítima de acidente ou de mal súbito com grave risco de seqüelas ou mesmo de morte.

Lamentavelmente, tornou-se praxe que clínicas e hospitais, antes de prestarem o pronto atendimento à vítima, preliminarmente façam a perquirição se ela é coberta pelos convênios de plano de saúde que acaso tenham.

E, absurdo dos absurdos, pacientes são recusados na própria portaria, sob a alegação de que seu plano de saúde não tem convênio com aquele determinado hospital ou clínica. Fácil imaginar o drama humano daí decorrente e as conseqüências de agravamento do estado da vítima, fora o simples prolongamento de dores e sofrimentos que poderiam ser abreviados pelo pronto atendimento.

Os hospitais alegam que não têm, depois, como se cobrir das despesas efetuadas. As administradoras aferram-se no pretexto de que o hospital não era seu credenciado. Essas desculpas de fundo meramente comercial acabam por empanar ou mesmo encobrir o crime de omissão de socorro que está sendo perpetrado.

Com este projeto, busca-se por um cobro à situação, dando ao paciente a segurança de que será prontamente atendido e ao hospital a segurança de que será ressarcido.

Sala das Sessões, em 02 de junho de 2004.

Deputado JOÃO CAMPOS
PSDB / GO

PROJETO DE LEI N.º 3.940, DE 2004

(Do Sr. Dr. Pinotti)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

‘“Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor e a este, o pagamento de um percentual, nunca superior a 50 % do valor da mensalidade, por um período de 12 meses (NR).

§ 1º.....

§ 2º O prazo de cobertura para doenças e lesões preexistentes fica alterado de vinte e quatro para doze meses, ficando a ANS obrigada a normatizar e fiscalizar o oferecimento de agravo, que deverá ser implantado no prazo máximo de 120 dias.

§ 3º Com a aceitação do agravo, pelo consumidor, a assistência à saúde passa a ser imediatamente prestada.

Art. 32. .....

§ 2º-A As operadoras deverão incluir nos seus cadastros de beneficiários o número do Cartão Nacional de Saúde, a ser fornecido pela ANS.

§ 2º-B Os registros de atendimentos em estabelecimentos do SUS, que identifiquem os usuários, deverão conter o número do Cartão Nacional de Saúde.

§ 2º-C As operadoras e a ANS deverão implantar a identificação dos pacientes pelo número do Cartão Nacional de Saúde prevista nos parágrafos 2ºA e 2ºB no prazo de cento e oitenta dias após a disponibilização do respectivo cartão pelo Ministério da Saúde.

§ 2º-D Durante esse prazo, os prestadores de serviços deverão informar, nos registros de autorização de internação hospitalar e de atendimento de alto custo, se o paciente é detentor de um plano de saúde e, nos casos positivos, o nome do operadora do seu plano de assistência à saúde.

§ 2º-E Estas informações deverão ser obtidas na alta do paciente ou após o seu atendimento ambulatorial.

Art. 35-N. As operadoras de planos privados de assistência à saúde ficam obrigadas a emitir suas faturas de modo a permitir seu desconto na rede bancária habilitada.

Art. 35-O. O prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, é de trinta dias, contados a partir da data de apresentação da fatura dos serviços prestados no decorrer de um mês.

Parágrafo único. O prazo limite para que as operadoras de planos de assistência à saúde apresentem as contas em divergência, para que sejam corrigidas em comum acordo com os prestadores é de quinze dias”.

Art. 2º A variação de preço da contraprestação pecuniária, por faixa etária, estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde não poderá ser

superior a 300% do valor entre a primeira e a última faixa.

Parágrafo único. O percentual de aumento previsto no *caput* deve ser distribuído de forma eqüitativa e equilibrada entre as faixas.

Art. 3º As relações entre as operadoras e os prestadores de serviço, pessoas físicas ou jurídicas, devem ser explicitadas em contratos firmados entre as partes, que contenham, entre outros acordos, um índice de reajuste dos valores dos serviços, a ser aplicado sempre que houver aumento das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde, em data-base determinada, conforme o estabelecido na Lei n.º 9.656, de 1998.

Art. 4º O atendimento de urgência ou emergência conforme o disposto na alínea c, inciso V, do artigo 12 e no artigo 35, alínea c, da Lei n.º 9.656, de 1998, não pode sofrer restrições de limite de tempo à assistência do usuário, até a sua alta médica do atendimento de urgência ou emergência.

Art. 5º É vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de planos de assistência à saúde devem organizar e manter, no prazo máximo de cento e oitenta dias, serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames ou procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mau funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização de todo e qualquer objeto da consulta à operadora.

Art. 6º A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS deverá elaborar índice econômico próprio para monitorar e atualizar preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar constantes da Tabela Única Nacional de Equivalência de Prodedimentos-TUNEP, no prazo máximo de doze meses.

Parágrafo único. Por sua relevância pública, o índice econômico e as informações constantes da TUNEP devem ser divulgados, de forma que permita seu fácil acesso à população em geral, e serem reavaliados a cada três meses.

Art. 7º É garantido o direito à mobilidade entre diferentes modalidades de planos, da mesma operadora ou de operadoras diversas, com portabilidade de carências.

§ 1º A ANS definirá critérios para a mobilidade entre planos distintos e similares, no prazo máximo de 180 dias, considerando, entre outros fatores, a modalidade e tipo de plano, abrangência geográfica, o padrão e o conforto da rede oferecida.

§ 2º Os valores praticados serão justificados e aprovados pela ANS no prazo máximo de trinta dias, devendo ser compatíveis com os de mercado.

Art. 8º As operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a adotar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

Parágrafo único. Caberá à ANS a adoção das medidas necessárias para a sua efetiva adoção e implementação.

Art. 9º O TCU deverá, no exercício das suas atribuições, realizar auditorias anuais na ANS para avaliar suas contas e o cumprimento das Leis n.º 9.961, de 2000 e n.º 9.656,

de 1998.

Art. 10. Os planos coletivos contratados a partir desta Lei deverão estar integralmente sujeitos à Lei n.º 9656, de 3 de junho de 1998 e serão fiscalizados pela ANS.

Art. 11. A ANS apresentará, em prazo de cento e oitenta dias, um novo regulamento para a contratualização que deve ser feita entre as operadoras e os prestadores de serviço, em especial sobre os temas do credenciamento e do descredenciamento de prestadores, ouvindo representantes das operadoras, dos prestadores de serviços e dos consumidores.

Art. 12. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Por ocasião do debate da Medida Provisória n.º 148, de 2003, fizemos amplo debate sobre a necessidade de modificar a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, tendo em vista suas insuficiências, especialmente se atentarmos para a situação dos portadores dos planos de saúde e dos prestadores de serviços às operadoras.

O Governo Federal, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) comprometeu-se a enviar um projeto de lei que contemplasse os temas que entendemos estão a merecer urgente regulamentação.

Como não houve a apresentação de tal projeto de lei por parte do Governo, estamos apresentando esta proposição, que altera artigos da Lei n.º 9.656, de 1998, ao mesmo tempo em que estabelece normativas com o intuito de aperfeiçoar a relação entre operadoras, prestadores de serviços e usuários de planos.

Em primeiro lugar, propomos alteração no artigo 11 da Lei n.º 9.656, para inverter o ônus da prova no caso das doenças e lesões preexistentes e modificar os prazos de carência para a sua cobertura, diminuindo de vinte e quatro para doze meses e instituindo regulamentação para a aceitação de agravo pelo consumidor. O motivo principal desta proposição é que consideramos abusiva a disposição atual contida no artigo 11 da Lei n.º 9.656/98, com visível ônus para o paciente.

Em segundo lugar, estamos sugerindo modificações no artigo 32 da Lei n.º 9.656/98, por entendermos que é urgente e necessária a discussão do ressarcimento dos atendimentos realizados na rede pública e privada contratada pelo SUS aos beneficiários dos planos de saúde. São inúmeras as barreiras que a ANS não consegue superar e que dificultam a concretização das cobranças que poderiam determinar uma relevante receita adicional ao SUS. A primeira delas consta no parágrafo primeiro do art. 5º da RDC nº 18, de 30 de março de 2000, que proíbe os hospitais argüírem sobre a condição de beneficiário de plano de saúde para proteger o princípio da universalidade. Está informação poderia facilitar o batimento (cruzamento dos dados de identificação dos beneficiários de planos de saúde com os dos usuários do SUS) que é feito através do DATASUS.

A ANS, através da RDC 18, de 30 de março de 2000, normatiza o ressarcimento sem obedecer a Lei nº 9.656/98 e não cobra os atendimentos eletivos e de alto custo da rede contratada e conveniada, determinando assim o não ressarcimento desses procedimentos. Além disso, a ANS não cumpre as suas próprias normas porque não

cobra também os procedimentos de alto custo dos hospitais públicos. Com estes fatos, o Ministério da Saúde e os hospitais prestadores deixam de receber a parte que lhes cabe e a fraude é institucionalizada e de alta monta. Um campo próprio para identificar o usuário que tenha plano de saúde e o cadastro completo e atualizado eliminariam as dificuldades que hoje impedem a ANS de cumprir o ressarcimento e proporcionar recursos adicionais significativos para o SUS.

Em entendimento com a ANS, proponho aqui a adoção do número do Cartão Nacional de Saúde (do SUS) em todos os cadastros de beneficiários das operadoras, bem como nos registros de atendimentos realizados pelo SUS, dando um prazo de cento e oitenta dias para a implantação de tais registros. Tal providência permitirá, posteriormente ao atendimento, a identificação dos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde atendidos pelos prestadores de serviço. Durante o período dado, de cento e oitenta dias, para a implantação destes registros do número do Cartão Nacional de Saúde, proponho que todas as AIHs (autorização de internação hospitalar) e APACs (atendimento de alto custo) contenham informações sobre o número da carteira de identidade do paciente e sobre a sua condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Estas informações poderiam ser obtidas no momento da alta para equacionar a preocupação com a universalidade que, de resto, consideramos equivocada. Até hoje a ANS não mantém um cadastro completo e atualizado de beneficiários, operadoras e produtos, como determina a RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000, para possibilitar um "batimento" sem incorreções, que viabilizaria as cobranças e não determinaria gastos operacionais desnecessários à ANS.

Para dirimir problemas e evitar abusos na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços, que tem trazidos sérios prejuízos também aos pacientes, sugiro aqui que as transações entre estas partes, relacionadas com o pagamento de serviços sejam realizadas por meio da rede bancária, utilizando-se do recurso de faturas ou de boletos bancários.

O prazo que as operadoras têm praticado para pagar os prestadores de serviços tem sido dos mais variados possíveis e, como regra, tem sido muito longo. Tal fato gera um prejuízo notório aos prestadores que têm que cumprir seus compromissos mensais com o pagamento do seu pessoal, dos fornecedores e assim por diante. Para solucionar tal problema, proponho aqui um prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, de trinta dias, que parece ser um tempo razoável, comumente adotado em transações comerciais, para ambas as partes. Proponho, também, um prazo de quinze dias para contestações e divergências sejam feitas pelas operadoras.

Em terceiro lugar, consideramos abusiva a RN nº 63/2003, da ANS, quando ela define que os valores pagos pela última faixa etária sejam seis vezes maiores que os da primeira, concedendo um aumento de 500%, sobre o qual ainda haverá correção monetária anual. O que ocorreu foi, além de tudo, um uso inadequado do Estatuto do Idoso. Antes dele, esses aumentos eram praticados de forma mais suave até idades superiores (mais de setenta anos). Depois dele, esses aumentos, ao invés de serem eliminados a partir dos 60 anos, foram prensados e concentrados para até 59 anos,

com o agravante de serem praticados em dobro nos três últimas faixas etárias. Isso agrava, concretamente, o que já está ocorrendo, ou seja, a inadimplência dos idosos e sua fuga dos planos de saúde. Entendemos que esse percentual não pode ser superior a 300% e que os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária devem ser fixados de forma eqüitativa e equilibrada pela operadora. Propomos que a variação permitida da primeira para a última faixa etária seja distribuída de modo a não comprometer financeiramente as últimas faixas. Estaria sendo mantido assim o pacto de solidariedade intergeracional, recaindo as variações igualmente sobre os consumidores de todas as idades. Essa regra, além de evitar a penalização do idoso, garantirá às prestadoras de serviço e operadoras boa dose de flexibilidade para administrarem através de cálculos atuariais a concentração de sinistralidade em determinadas faixas etárias.

Em quarto lugar, consideramos que as reclamações constantes dos prestadores de serviços - hospitais, médicos e demais profissionais da saúde - pelas precárias condições de pagamento e trabalho que lhes são impostas, são problemas graves que a ANS entende que pode equacionar com a padronização de contratos. Entretanto, sempre existem hospitais e profissionais dispostos a aceitar preços menores mas, evidentemente com perda de qualidade e sérios prejuízos aos usuários. Portanto, é indispensável que pelo menos se determine que os reajustes concedidos anualmente às operadoras devem incluir percentuais obrigatórios aos prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, para que não ocorra defasagem das contraprestações, com reflexos graves na qualidade dos serviços prestados.

Em quinto lugar, julgamos que a carência para atendimentos de urgência ou emergência deve ser de 24 horas, conforme o disposto na letra c, inciso V do artigo 12 e artigo 35, c, da Lei nº 9.656/98. É fundamental a revisão e alteração da Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998, sobre esse atendimento, pois desde a publicação da referida resolução, as entidades de defesa do consumidor têm se posicionado contrárias aos dispositivos ali previstos, sobretudo referentes aos artigos 3º, parágrafo 1º, e art. 4º, parágrafo único. Isto porque, o plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência somente para as doze primeiras horas de atendimento. Tal fato é inaceitável pois urgência ou emergência define a necessidade de atendimento para a preservação de vida e não está nunca sujeita a limitação definida por número de horas. A duração do atendimento deve estar vinculada às características que determinam o caráter de emergência. Na prática, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm negado o atendimento aos consumidores que se encontram nessas situações sempre que estiverem em cumprimento de carência contratual. Ou seja, o posicionamento das operadoras, baseado na Resolução CONSU nº 13/98, tem sido pela negativa da cobertura, nos casos em que o consumidor não tenha cumprido os seis meses de carência. Logo, o entendimento correto dever ser o de que os casos de urgência e emergência devem ser imediatamente atendidos sem imposição de prazo de carência ou tempo de atendimento.

Em sexto lugar, consideramos que foi parcial e equivocada a RDC da ANS que determinou a extinção do cheque caução, entendendo que a nova proposta de contrato entre operadora e prestador de serviço possa equacionar este problema. A

única possibilidade de equacioná-lo, sem conseqüências graves aos usuários, é através da manutenção de canais de comunicação permanentes entre a operadora, prestadores e beneficiários. As operadoras, em um único local do país, com um cadastro de todos os seus beneficiários, têm condições de equacionar essa questão com baixo custo e é isso que se deve exigir. A não existência desse serviço deve determinar que a operadora se responsabilize sempre pelos pagamentos de todos os procedimentos que não puderam ter autorização prévia. Isso também consta de recomendação da CPI dos planos de saúde. É o que propomos neste projeto de lei em seu artigo 5º.

Um sétimo ponto merece nossa atenção. A Lei nº 9.656/98 estabelece, através do art.32, que o ressarcimento se dará através de uma Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) que deve definir valores entre o SUS (mínimos) e os do mercado ou os estabelecidos em contratos entre prestadores de serviços públicos e operadoras para todos os procedimentos. Entretanto, a TUNEP está há mais de dois anos sem atualização e alguns dos seus preços são inferiores aos do SUS. Não há nem mesmo as atualizações sugeridas periodicamente pelo SIMPRO e BRASÍNDICE, fazendo com que o ressarcimento, quando ocorre, tenha valores muito abaixo do que aqueles de mercado. Uma apuração realizada em setembro de 2003 apontou variação de 10 a 15 vezes menor dos preços TUNEP comparativamente aos preços SIMPRO, o que é injustificável. Neste projeto de lei propomos a elaboração de um índice econômico próprio para monitorar e atualizar os preços de serviços e indumos do setor de saúde suplementar, sua ampla divulgação e reavaliação a da seis meses. Tais providências certamente vão ajudar a ANS a estruturar mecanismos que corrigem e aperfeiçoem o processo do ressarcimento.

Em oitavo lugar, também propomos aqui, no artigo 7º do projeto de lei, que o usuário de planos de saúde tem o direito de mobilidade entre planos distintos, da mesma operadora ou de operadoras diferentes, com a portabilidade de carências. Trata-se de permitir que o usuário possa optar por outro plano ou plano de outra operadora sem que tenha que se submeter novamente a todos os prazos carenciais, período em que permanece sem cobertura. O cumprimento das carências já foi realizado e não é lógico nem razoável que, a cada mudança, o usuário tenha que cumprir novas carências.

Em nono lugar, o ponto que mereceu nosso cuidado é o que se refere a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Trata-se de um trabalho exaustivo, realizado pela Fundação Getúlio Vargas, que permite a adequada avaliação da natureza e do custo de cada procedimento médico, executado pelos prestadores de serviços. Constitui-se em referência e ferramenta valiosa para a administração das relações entre operadoras e prestadores de serviços.

Em décimo lugar, consideramos que o Tribunal de Contas da União deve ter um cuidado especial, no exercício de suas atribuições, em avaliar as contas e a execução da missão da ANS tendo em vista a alta relevância social do objeto que ela regulamenta e fiscaliza.

Em décimo primeiro lugar, tendo em vista que os planos coletivos não estão plenamente sujeitos às normas da Lei n.º 9.656/98, em especial no que refere à

fiscalização e a fixação das contraprestações pecuniárias, propomos aqui a inclusão dos contratos coletivos à sujeição desta Lei.

Finalmente, propomos uma prazo de cento e oitenta dias para que a ANS apresente um novo regulamento para a elaboração de contratos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços, especialmente no que se refere aos temas do credenciamento e descredenciamento. Para a elaboração de tal regulamento a ANS deverá ouvir representantes dos prestadores de serviços, das operadoras e dos consumidores.

Queremos destacar o caráter público dos serviços de saúde prestados pelo setor privado. É indiscutível que as empresas privadas atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 196 e § 1º do art. 199, da Constituição Federal e que se trata, portanto, de serviço público essencial, que deve ser também garantido pelo Poder Público.

Acreditamos que estas normas viriam a sanar importantíssimas e gravíssimas omissões na legislação que atualmente rege o setor de saúde suplementar no País e, por isso, conclamamos os colegas Deputados a aprovar este projeto de lei.

Sala das Sessões, em 07 de julho de 2004 .

Deputado Dr. Pinotti

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à

saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.
Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
.....
.....

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. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art.10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:
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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art.1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art.10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
.....
Art. 32 - Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art.1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.
§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.
§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art.19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.
§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art.62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão,

citadas no § 2º do art.1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, e observado o que dispõe o art.19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput** , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
.....
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;
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
.....
.....
III.....
.....
....
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;
.....
.....
V - .....
.....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput** , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art.35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput** , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art.12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei são obrigadas a

fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art.32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)

"Art.21. ....

.....

.....

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)

"Art. 22. .....

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)

"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)

"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais

cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
.....

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art.25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art.19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art.29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
.....
§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-

participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art.30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art.35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que

não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art.35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art.19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela

ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art.13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art.15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art.35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art.1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art.1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.

Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.

.....

Art 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.

Art 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art.10, o § 3º do art.12, o parágrafo único do art.27 e o art.28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art.4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Pedro Parente

***Vide Decreto nº 4.044, de 6 de dezembro de 2001.**

DECRETO Nº 4.044, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2001

Dá nova organização ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art.84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, será composto pelos seguintes Ministros de Estado:

I - da Justiça, que o presidirá;

II - da Saúde;

III - da Fazenda; e

IV - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de dezembro de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Pedro Parente

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 148, DE 15 DE DEZEMBRO 2003

(Promulgada pela Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004)

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art.62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 2º As ações de incentivo de que trata esta Medida Provisória serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:
I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;
II - viabilização de migração da relação contratual estabelecida para outro plano da mesma operadora; e
III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei no 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.
1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei no 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.
2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.

LEI Nº 10.850, DE 25 DE MARÇO DE 2004

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 148, de 2003, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Inocêncio Oliveira, Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência, para os efeitos do disposto no art.62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art.12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:
Art. 1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 2º As ações de incentivo de que trata esta Lei serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:
I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;
II - viabilização de migração da relação contratual estabelecidapara outro plano da mesma operadora; e
III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.
§ 1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa

da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.
§ 2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.
.....
.....

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO - RDC Nº 18, DE 30 DE MARÇO DE 2000
Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art.32 da Lei 9656/98, 03 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III do art.9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3327, de 05 de Janeiro de 2000, em reunião realizada em 30 de Março de 2000, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor Presidente determino a sua publicação.
.....
Art. 5º A identificação dos atendimentos a serem ressarcidos será feita com base em dados cadastrais fornecidos à ANS, pelas operadoras definidas no Artigo 1º da Lei n.º 9656/98.
§ 1º A identificação do beneficiário se dará exclusivamente por meio do cruzamento de banco de dados, não sendo considerada, para fins de ressarcimento, qualquer identificação obtida na unidade prestadora de serviço.
§ 2º A unidade prestadora de serviços ao SUS que comprovadamente estiver utilizando mecanismos próprios para esta identificação, em prejuízo da universalidade do acesso de seus usuários, será excluída do benefício ao ressarcimento, sem prejuízo de outras medidas punitivas, tomadas pelo gestor ao qual a unidade esteja subordinada.
§ 3º Verificada a hipótese prevista no § 2º deste artigo, o valor do ressarcimento destinar-se-á:
I - igualmente entre o gestor responsável pelo processamento do ressarcimento e Fundo Nacional de Saúde, caso a unidade prestadora seja privada, contratada ou conveniada ao SUS;
II - ao Fundo Nacional de Saúde, caso a unidade prestadora seja pública.
Art 6º Caso seja identificado que não houve fornecimento do cadastro completo, será instaurado de imediato processo administrativo para aplicação de penalidade, com cobrança imediata do ressarcimento.
.....
.....

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO - RDC Nº 3, DE 20 DE JANEIRO DE 2000
Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art.9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 20 de janeiro de 2000; e
considerando o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde referente aos atendimentos prestados a usuários de planos privados de assistência à saúde, previsto no artigo 32 da Lei n º 9.656, de 3 de junho de 1998;
considerando que a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma da Lei n º 9.656/98, alterada pela MP.1.976-21, de 10.12.99, sucede a competência do Ministério da Saúde para fins de implantação dos procedimentos de ressarcimento ao SUS, assumindo, em conseqüência, o andamento de todos os procedimentos iniciados durante a vigência das Portarias SAS/MS n º 271/99, 506/99 e 560/99, adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada - RDC e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:
Art.1º Os dados cadastrais dos beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde, de que tratam os artigos 20 e 32 da Lei 9.656/98, deverão ser fornecidos à Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, de acordo com o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. O fornecimento dos dados cadastrais de beneficiários deve ser feito unicamente através de arquivo magnético, transmitido ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS-MS, através de seu BBS.
Art.2º Os dados de que trata o art.1º serão os seguintes:
a)nome completo do beneficiário;
b)data de nascimento;
c)sexo;
d)endereço: logradouro e Código de Endereçamento Postal;
e)município de residência;
f)unidade da Federação;
g)data de adesão ao plano;
h)número ou código de identificação do beneficiário no plano;
i)complementos do endereço, quando for o caso;
j)nome da mãe do beneficiário;
k)número do Cartão Nacional de Saúde, quando disponível;
l)CPF;
m)número de registro do plano no Ministério da Saúde ou na ANS, conforme o caso.
Parágrafo único. O fornecimento dos dados, constantes dos incisos de "a" a "h" deste artigo, é obrigatório e a falta de um deles ensejará a rejeição do cadastro, que será considerado não fornecido.
.....
.....

RESOLUÇÃO ANS/RN N° 63, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1° de janeiro de 2004.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art.10, da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art.60, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução - RDC n° 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto no art.15, da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998 e no § 3°, do art.15, da Lei n° 10.741, publicada no DOU de 03 de outubro de 2003, em reunião realizada em 11 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.
Art. 1° A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 01 de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.
Art. 2° Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:
I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos;
IX - 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos;
X - 59 (cinqüenta e nove) anos ou mais.
.....
.....

RESOLUÇÃO CONSU N° 13, DE 03 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência – Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei n° 9.656/98, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:
Art. 1° A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35-D, da Lei n° 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir

daí, de acordo com a segmentação de cobertura à qual o contrato esteja adscrito.
Art. 2° O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.
Parágrafo único. Quando necessário, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.
Art. 3° Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
§ 1° No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
§ 2° No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
§ 3° Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.
Art. 4° Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.
Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2° para o plano ambulatorial.
Art. 5° O plano ou seguro referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar, para urgência e emergência.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.075, DE 2004

(Do Sr. Mário Heringer)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE ESTE AO PL-1603/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1°. Acrescente-se o artigo 17-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

“Art.17- As operadoras de Plano de Assistência à Saúde de que trata o art. 1º desta Lei ficam proibidas de condicionarem credenciamento, referenciamento, cooperativismo ou ações congêneres de profissionais e entidades de saúde a critérios econômicos próprios ou alheios.

Parágrafo único – O descumprimento do disposto neste artigo incorrerá

nas penalidades previstas nos artigos 25 e 27 desta Lei" (AC).

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

Justificativa

O presente Projeto de Lei visa coibir a prática abusiva, hoje presente em Operadoras de Planos de Assistência à Saúde de condicionar o credenciamento, o referenciamento e a cooperação de profissionais e entidades de saúde a critérios econômicos próprios aos interesses das Operadoras. O que existe atualmente na relação comercial/trabalhista entre Operadoras e entidades e profissionais de saúde constitui um verdadeiro "mercado negro" do credenciamento profissional, com "vagas" sendo vendidas a preços exorbitantes e, evidentemente, adquiridas por quem possui recursos econômicos e não por quem possui qualidade técnica.

Entendemos que essa relação pervertida – que coloca a saúde em último plano, privilegiando unicamente a questão econômica – tem como principal conseqüência, além do imoral incremento no montante de lucro das Operadoras por meio do uso de fontes de renda "alternativas", é o notório prejuízo da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, a qual passa a ser atendida cada vez mais por pessoas e empresas que atuam no ramo da saúde com fins unicamente comerciais e não médico-sanitários.

Acreditamos que a aprovação do presente Projeto de Lei poderá criar as condições legais necessárias para a inflexão do odioso movimento de comercialização da medicina brasileira que tantos e tão recorrentes prejuízos tem trazido para toda a população nacional. Por essa razão solicitamos o apoio dos nobres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, 12 de agosto de 2004.

Deputado Mário Heringer
PDT/MG

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.
§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:
I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;
II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.
Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.
.....
Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 1º É facultada a substituição do contrato ou credenciado a que se refere o caput, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.
§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
.....
Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
I - advertência;
II - multa pecuniária;
III - suspensão do exercício do cargo;
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;
V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;
Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso,

em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art.3º.
Art. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art.19 desta Lei.
Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP.
Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art.62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....

.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art.1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, e observado o que dispõe o art.19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput** , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:

I - .....

.....

.....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - .....

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;

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;

.....

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;

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

.....

III.....

.....

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;

.....

V - .....

.....

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

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;

.....

§ 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.

§ 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." (NR)

"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.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput** , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art.35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput** , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art.12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art.32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação

extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art.25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art.19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art.29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art.30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta

Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art.35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art.35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art.19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art.13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art.15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que,

aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art.35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art.1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art.1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
.....
Art 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 4.164, DE 2004

(Do Sr. Rafael Guerra e outros)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei dos Planos de Saúde, para definir amplitude de cobertura para realização de transplantes.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Dê-se ao § 4º, do art. 10, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, a seguinte redação:

“Art. 10. .....

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, as quais não poderão excluir os tipos de transplante regularmente oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.” (NR)

Esta lei entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O projeto que apresentamos, os parlamentares que atuaram na Comissão Externa destinada a averiguar denúncias referentes a interferências na lista de espera de pacientes necessitados de transplante de medula óssea no Instituto Nacional do Câncer (2004), resulta de recomendação dessa Comissão para alterar a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a fim de garantir a cobertura para os transplantes de medula óssea.

O § 4º , do art. 10, da Lei no 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, indica que a amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A ANS emitiu resolução, CONSU n° 12, de 03 de novembro de 1998, que garante cobertura apenas para transplantes de rim e de córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados.

Nossa proposição apresenta parâmetro que define a amplitude de cobertura de transplantes a serem custeados pelos planos e seguros privados de assistência à saúde: os transplantes regularmente oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Essa medida prevê que o órgão regulamentador, a ANS, não poderá excluir da cobertura dos planos de saúde os tipos de transplante que são rotineiramente fornecidos pelo SUS, como o de medula óssea e outros.

Também permitirá o ressarcimento pelas operadoras ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998.

Diante do exposto, solicitamos o apoio dos ilustres Deputados para aprovar o projeto nesta Casa.

Sala das Sessões, em 15 de setembro de 2004.

Deputado Rafael Guerra

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;

II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.

Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.

.....

Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;
VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.
§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
** Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/05/2001.*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.
.....
Art. 32 - Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.
§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
.....
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
.....
.....
Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2o a 7o, o inciso VIII do art. 10, o § 3o do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3o do art. 4o da Lei no 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

RESOLUÇÕES CONSU N° 12, DE 03 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e considerando as disposições do § 4° do art. 10 e incisos II, III e XIV do art. 35-A da Lei n° 9.656/98, resolve:
Art. 1° Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei n° 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto n° 2.268, de 30 de junho de 1997, a Portaria n° 3.407, de 05 de agosto de 1998, que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n° 9.656/98.
Art. 2° Os planos e seguros referência e sua segmentação hospitalar cobrirão transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.
§ 1° Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:
I – as despesas assistenciais com doadores vivos;
II– os medicamentos utilizados durante a internação;

III – o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;
IV – as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS ;
§ 2° Os transplantes de rim e córnea ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, deverão ser ressarcidos em conformidade com o previsto no art. 32 da Lei n° 9.656/98 e nesta Resolução .

Art. 3° Os usuários das operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
§ 1° A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante – SNT.
§ 2° As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – Portaria GM n° 3.407, de 05 de agosto de 1998, do Ministério de Saúde – que dispõe quanto a forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante – SNT.
§ 3° É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
a) determinar o encaminhamento de equipe especializada;
b) providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
Art. 4° Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei n° 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.
Art. 5° Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 4.632, DE 2004

(Do Sr. Jamil Murad)

Altera o art. 25 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre oa planos de seguro privados de assistência de saúde.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 25 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, fica acrescido do seguinte

parágrafo único:

"Art. 25. .....

Parágrafo único. No caso de aplicação da penalidade prevista no inciso II, somente poderá ser interposto recurso administrativo mediante prévio depósito do valor da multa." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O acréscimo proposto aos termos da Lei dos Planos de Saúde justifica-se pela necessidade de coibir-se a prática de interpor recurso contra multas, com propósito meramente protelatório.

Sem prejudicar o direito à ampla defesa, o depósito prévio obrigatório servirá de inibidor de tais práticas, que apenas delongam os processos administrativos de aplicação de penalidade, reduzindo o incentivo a transgressões das normas legais que regem esse setor econômico.

Tal iniciativa também fará com que as empresas devedoras deixem de postergar "ad infinintum" o pagamento de multas decorrentes de descumprimento de cláusulas contratuais.

Por outro lado, sendo anual o reajuste da contrapartida financeira do usuário, é preciso ter em conta a manutenção da razoabilidade na execução dos contratos, mister ao objetivo do cumprimento primordial da função social desempenhada pelos agentes prestadores de assistência à saúde complementar.

Sala das Sessões, em 14 de dezembro de 2004.

Deputado Jamil Murad

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso,

em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art.3º.

***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001**

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art.62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art.1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, e observado o que dispõe o art.19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art.12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput** , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III.....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput** , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art.35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....

X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput** , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art.12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art.32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos

contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art.1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.125, DE 2005

(Do Sr. João Mendes de Jesus)

Dispõe sobre o acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante internação hospitalar, bem como o direito de o acompanhante ter acesso à refeição custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante a internação hospitalar, será permitido e facilitado sua permanência nos hospitais públicos, tendo o acompanhante, inclusive, direito à refeição.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde (SUS) custeará os gastos com o acompanhante de paciente, criança ou idoso, durante a internação hospitalar ocorrida em hospitais contratados e conveniados pelo SUS, seguindo critérios, parâmetros e valores do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 3º A alínea **f**, inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de julho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"**f)** cobertura de despesas de acompanhamento, no caso de pacientes menores de dezoito anos e idosos."

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Em razão de os idosos, muitas vezes, por causa da idade avançada e de enfermidades que os vitimam, necessário se faz dar-lhes apoio, por intermédio de acompanhantes, que os

cuide, de maneira paciente e afetiva, já que suas condições físicas não lhes permitem enfrentar, sozinhos, problemas de saúde que lhes afligem e lhes impedem de ter uma vida normal.

Os idosos acometidos de enfermidades ficam dependentes de ajuda humanitária e por isso é imperativo que lhes seja dada a oportunidade de serem acompanhados por profissionais, parentes ou amigos. Esse fator fará com que o idoso recupere sua saúde e sua auto-estima mais rápido, pois, por meio de apoio e afeto humanos, ele se sentirá seguro, confortado e respeitado.

Outrossim, tal qual ao idoso, a criança também tem a mesma necessidade de amparo por parte de seus parentes e amigos. Portanto, faz-se necessário que a criança tenha a liberdade de ser acompanhada durante sua enfermidade, no sentido que ela seja objeto de uma rápida recuperação de sua saúde.

Visando efetivar o apoio e o acompanhamento de idosos e de crianças que estão enfermas ou internadas em hospitais, torna-se necessário que o Sistema Único de Saúde (SUS) preveja e execute a cobertura orçamentária e de despesas referentes à alimentação para somente um acompanhante, que, geralmente, por ser cidadão de baixa renda, não tem dinheiro sequer para se alimentar.

O presente projeto de lei torna legal e obrigatório o reconhecimento à necessidade de o acompanhante de criança e de idoso enfermos ter também direito a se alimentar financiado pelo SUS.

Diante do exposto, solicito o apoio dos Nobres Deputados para a aprovação do projeto de lei que ora apresentamos.

Sala das Sessões, 26 de outubro de 2005.

Deputado JOÃO MENDES DE JESUS

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998

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

O P R E S I D E N T E D A R E P Ú B L I C A

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

.....

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;"

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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;"
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional".
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
*** Vide Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de Agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde

e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....

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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:

a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;

III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto

no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de

Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 4º A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 4º .....
.....
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
.....
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
.....
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde;
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
.....
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.
....." (NR)
"Art. 10. .....
.....
§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.
§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.
....." (NR)
Art. 13. .....
.....
IV - .....
.....
p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
q) Associação Médica Brasileira;
V - .....
a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
b) das empresas de medicina de grupo;
c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
d) das empresas de odontologia de grupo;
e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:
a) de defesa do consumidor;
b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
.....
§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)
"Art. 20. .....
.....
§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.
§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.
§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.
§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos." (NR)

"Art. 21. .....
.....
§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.
§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei." (NR)
"Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.
§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.
§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)
Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas." (NR)
Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 6.510, DE 2006

(Do Sr. Ricarte de Freitas)

Altera a Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 1° da Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, será acrescido do inciso IV e do § 5°, com a seguinte redação:

.....

IV – Compensação de Carteiras: Sistema de compensação destinado ao atendimento de consumidor e seus dependentes mediante a integração das carteiras referenciadas no inciso III deste artigo.

.....

§ 5° Para os efeitos do estabelecido no inciso IV deste artigo, as operadoras e os profissionais ou serviços de saúde compensarão, com um dos Planos de Assistência à Saúde disponível, as despesas pelo atendimento ao Consumidor e seus dependentes quando, em sua carteira, não constar o Plano de Saúde a ele vinculado, observado o seguinte:

A operadora procederá a um rodízio entre os seus Planos de Assistência à Saúde disponíveis para atendimento, quando o consumidor possuir um plano diverso daqueles de sua carteira.

O consumidor terá acrescido em 1% do valor das despesas pelo atendimento promovido, destinado ao Plano de Assistência à Saúde que lhe prestar o serviço, sujeitando-se, ainda, às restrições e normas por este estabelecidas, e ao pagamento das despesas relativas à diferença dos valores e serviços contratados em seu plano de origem.

Os procedimentos destinados a viabilizar a compensação das despesas se darão na forma a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art.2º Esta Lei entra em vigor no prazo de 120 dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Esta proposta de Projeto de Lei pretende suprir a ausência de dispositivos que simplifiquem os atendimentos dos consumidores usuários dos planos de saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela regulação e fiscalização do setor, o mercado brasileiro de planos de saúde é o segundo maior do planeta e envolve cerca de 40 milhões de usuários. e a medida em que a demanda vem crescendo significativamente nos hospitais, clínicas e consultórios médicos que prestam seus serviços através dos planos de saúde, o Consumidor perde a qualidade no seu atendimento.

O Consumidor, na maioria das vezes, perde um tempo significativo na busca daqueles locais onde seu plano de saúde é aceito, ora através de ligações telefônicas, ou mediante o ingresso, porta-a-porta, de um local onde possam lhe prestar o serviço.

Nas situações emergenciais, geralmente, o consumidor sequer tem condições de consultar as relações de médicos e hospitais credenciados ao seu plano de saúde.

Sem mencionar, ainda, o fato de que tais credenciamentos sofrem freqüentes alterações, havendo registro, inclusive, de clínicas, de médicos e hospitais condicionarem o atendimento emergencial ao pagamento, mediante caução, quando não possuem em sua carteira o plano de saúde de que aquele paciente é detentor.

Há, também, contratos que são mais interessantes economicamente e que prestam melhores vantagens para os planos de saúde e, na maioria das vezes, tais vantagens estão associadas a clínicas com menores recursos tecnológicos e profissionais menos experientes.

É fato que a livre escolha de um profissional por parte do Consumidor, além de um direito, representa uma confiança que interfere no tratamento médico, favorecendo, sobremaneira, na cura do paciente. Por outro lado, entendemos que se concedermos esta livre escolha exclusivamente ao consumidor, muito em breve os médicos, clínicas e hospitais deixarão de celebrar convênios e passarão a cobrar as despesas sem qualquer critério, deixando ao usuário o encargo de buscar o ressarcimento a que tem direito junto ao seu plano de saúde.

Assim, para alcançar resultados favoráveis com esta medida, é necessário que os profissionais médicos, clínicas e hospitais tenham, no mínimo, um plano de saúde, para que possam promover o atendimento requerido pelo Consumidor. Esta seria uma forma de se evitar a cartelização no atendimento, e de promover facilidades operacionais que contribuirão para a revitalização do sistema mediante o aumento da confiança e qualidade dos serviços.

Com a sistemática ora proposta, os operadores e os planos de saúde que prestarem o serviço não terão prejuízos, restando ao Consumidor pagar um pequeno acréscimo nas despesas realizadas, visando, basicamente, cobrir os custos da compensação financeira a ser processada entre os planos de saúde.

Por sua vez, o atual sistema de atendimento dos planos de saúde já está a justificar essa mudança de procedimento, considerando que o consumidor vem perdendo o serviço público de saúde com a qualidade de tempos atrás. Sua opção por pagar um plano de saúde privado não pode se transformar em um atendimento moroso e complicado, excessivamente burocrático e ineficiente, como hoje continua ocorrendo na rede pública e, infelizmente, já se manifesta nos atendimentos realizados pelos planos de saúde.

Entendemos ser comum o surgimento de alterações na legislação específica, notadamente quando tratamos da saúde e dos direitos dos consumidores, vez que a dinâmica com que se operam as exigências é muito maior e mais sensível, restando contemplar as medidas necessárias à preservação de serviços de qualidade e com celeridade.

A preocupação central desta iniciativa é estabelecer facilidades que propiciem os efetivos benefícios esperados pela população a serem concedidos pelos órgãos públicos, na qualidade de responsável sobre a elaboração da legislação sobre a saúde e suas relações com o setor privado, assunto tão relevante e de interesse de todos os brasileiros.

Vale também consignar a importância de que tal sistemática está devidamente coerente com os objetivos superiores das garantias individuais previstos no ordenamento supremo do País, e de acordo com as exigências de rapidez nos atendimentos médicos.

Trata-se, portanto, de medida urgente e necessária para o aperfeiçoamento de nosso sistema de saúde e, por estas razões, espero contar com o apoio dos nobres pares.

Sala das Sessões, 18 de janeiro 2005.

Deputado Ricarte de Freitas
PTB/MT

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;

II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.

Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.

***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
.....
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 6.849, DE 2006

(Do Sr. Carlos Nader)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de hospitais particulares prestarem o primeiro atendimento médico aos pacientes que estejam em iminente risco de vida, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica obrigado, hospitais particulares a prestarem o primeiro atendimento médico aos pacientes que estejam em iminente risco de morte.

Parágrafo Único. O atendimento apenas deverá ser feito quando o paciente estiver em iminente risco de morte como determina o art. anterior.

Art. 2º O paciente deverá ser atendido independentemente de possuírem recursos financeiros, plano ou seguro saúde, e que procurem estes estabelecimentos no momento da necessidade do socorro.

Art. 3º - O poder executivo regulamentará a presente lei, designando órgão responsável pela fiscalização e aplicação da penalidade caso ocorra o descumprimento dessa lei.

Art. 4º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O bem jurídico vida é, indubitavelmente, o maior de todos e a fonte dos outros visto que todos os direitos adquiridos pelo homem somente o são se o mesmo estiver vivo. Pode-se, portanto, dizer que o direito à vida é um direito original ou primário enquanto os demais são dele derivados ou secundários. Assim, ao se comparar o direito à vida a qualquer outro direito aquele sempre estará num grau superior. O direito à vida deve ser mais valorado inclusive que o direito à dignidade da pessoa humana e o direito à autonomia da pessoa humana visto estes existirem apenas em função daquele.

Este último entendimento não é partilhado por alguns autores como Konrad Hesse ao discorrer sobre o Princípio Constitucional da Harmonização onde afirma que *"os bens constitucionalmente protegidos, em caso de conflito ou concorrência, devem ser tratados de maneira que a afirmação de um não implique o sacrifício do outro, o que só se alcança na aplicação ou na prática do texto".*

Verifica-se que, segundo Hesse, não existe diferença hierárquica ou de valor entre

os bens constitucionais. Entretanto é bastante enfático ao afirmar que o resultado da interpretação da norma constitucional não pode determinar um sacrifício total de um bem em relação a outro. A interpretação deve ser harmônica.

Entretanto como harmonizar a ameaça do bem jurídico constitucionalmente protegido denominado vida com o bem jurídico autonomia da pessoa sem o fazê-lo de forma total? Impossível a existência de vida parcial assim como autonomia parcial. Impossível alguém dispor de uma parcela de sua vida, por menor que seja, ou que alguém tenha sua autonomia diminuída num Estado Democrático de Direito.

A presente medida visa que hospitais particulares prestem o primeiro atendimento médico aos pacientes que estejam em iminente risco de morte, independentemente de possuírem recursos financeiros, plano ou seguro saúde, e que procurem estes estabelecimentos no momento da necessidade do socorro.

Já o código penal traz em seu art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou **em grave e iminente perigo**; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública, é crime.

Diante do exposto, espero contar com o apoio dos meus ilustres pares nessa casa no tocante à iniciativa legislativa que ora submeto à consideração de Vossas Excelências

Sala das Sessões, em 05 de abril de 2006.

Deputado Carlos Nader
PL/RJ

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

DECRETO-LEI N.º 2.848, DE 07 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

CÓDIGO PENAL

.....

PARTE ESPECIAL

TÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A PESSOA

.....

CAPÍTULO III
DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAÚDE

.....

Omissão de socorro

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não

pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:
Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.
Maus-tratos
Art. 136. Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:
Pena - detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano, ou multa.
§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.
§ 2º Se resulta a morte:
Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.
§ 3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos.
** § 3º acrescentado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.128, DE 2006
(Do Senado Federal)

PLS nº 75/2002
OF. nº 975/2006 (SF)

Altera os arts. 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para acrescentar, entre as exigências mínimas dos planos que incluírem internação hospitalar, a cobertura de despesas com procedimentos vinculados a transplantes de órgãos.

DESPACHO:
TENDO EM VISTA O ARQUIVAMENTO DO PL 2642/03, EM 06/08/09, REVEJO O DESPACHO APOSTO AO PL 7128/06 PARA DETERMINAR SUA APENSAÇÃO AO PL 4164/04.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 10. .....

.....

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS, ressalvado o disposto na alínea 'g' do inciso II do art. 12 desta Lei." (NR)

Art. 2º O inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea "g":

"Art. 12. .....

.....

II - .....

.....

g) cobertura das despesas assistenciais com doador vivo e das referentes à cirurgia de remoção, em doador vivo, cadáver ou com morte encefálica, à preservação e ao transporte de órgãos destinados a transplante no beneficiário, desde que haja previsão legal ou contratual para o transplante e o transporte se efetive na área geográfica de abrangência prevista no plano contratado.

....." (NR)

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

Senado Federal, em 30 de maio de 2006.

Senador Renan Calheiros
Presidente do Senado Federal

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;

VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.

§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano

ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
** Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/05/2001*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:
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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados

por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta

Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III.....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º

deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde

acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

.....

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.340, DE 2006

(Do Sr. Ary Kara)

Autoriza o acompanhamento de enfermos internados em hospitais públicos e conveniados ao SUS e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-6125/2005.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Aos enfermos internados em hospitais, casas de saúde e maternidades públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde, é facultada a presença de um acompanhante durante todo o período de internação.

Parágrafo único. A unidade de saúde deverá providenciar acomodação e alimentação dignas para o acompanhante de que trata o caput desse artigo.

Art. 2º. As unidades de saúde mencionadas no art. 1º terão prazo de (01) ano a partir da publicação dessa Lei para implantar o sistema por ela determinado.

Parágrafo único. Os infratores estão sujeitos a suspensão de repasse de recursos públicos além da perda do registro junto ao Ministério da Saúde.

Artigo 3º. Esta lei entrará em vigor 60 dias após sua publicação no Diário Oficial da União.

Artigo 4º. Ficam revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Várias pesquisas realizadas por hospitais em todo o mundo, inclusive no Brasil, demonstram que a presença de um familiar ou amigo junto ao paciente internado melhora seu estado de ânimo, o que reduz o tempo de internação e abrevia a cura. Quase todos os hospitais de excelência já adotam o acompanhamento dos pacientes como forma de auxiliar a terapia. Por outro lado, a presença de um acompanhante inibe a ação criminosa que com freqüência tem raptado recém-nascidos em maternidades, assassinado pacientes para retirada de órgãos ou, simplesmente, melhora o atendimento dos profissionais da saúde uma vez que o acompanhante cobra mais atenção dos mesmos a seu amigo ou parente. Nesse sentido esperamos contar com o apoio dos senhores Congressistas para aprovação do presente projeto.

Sala das Sessões, em 11 de julho de 2006.

Deputado ARY KARA
PTB/SP

PROJETO DE LEI N.º 7.600, DE 2006

(Do Sr. Dr. Pinotti)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida das seguintes modificações.

“Art. 12-A. Em qualquer das variedades de segmentação previstas no artigo anterior é vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de planos de assistência à saúde devem organizar e manter, no prazo máximo de cento e oitenta dias, serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames ou procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mau funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização de todo e qualquer objeto da consulta à operadora.

Art. 13A. É permitida aos detentores de plano privado de assistência à saúde a transferência de contrato de uma operadora a outra e para isso:

I – as operadoras devem realizar acordos para acolhimento do consumidor, sem exigência de novos períodos de carência relacionada a doenças e lesões preexistentes, caso estes já estiverem cumpridos;

II - a ANS constituirá um fundo de remuneração de atendimentos na nova operadora, a partir de um seguro de transferência cobrado às operadoras no período em que vigoram as carências.

Art. 13B. As operadoras podem oferecer modalidade de contrato de planos privados de assistência à saúde sem exigência de carências, mediante cobrança de agravo específico, devidamente acordado entre as partes.

Art. 15-A. A variação de preço da contraprestação pecuniária, por faixa etária, estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde não poderá ser superior a 300% do valor entre a primeira e a última faixa.

Parágrafo único. O percentual de aumento previsto no *caput* deve ser distribuído de forma eqüitativa e equilibrada entre as faixas etárias.

Art. 18-A. As relações entre as operadoras e os prestadores de serviço, pessoas físicas ou jurídicas, devem ser explicitadas em contratos firmados entre as partes, que contenham, entre outros acordos, um índice de reajuste dos valores dos serviços, a ser aplicado sempre que houver aumento das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde, em data-base determinada, conforme o estabelecido na Lei nº 9.656, de 1998.

Art.32.....

.....

§ 2º-A. As operadoras deverão incluir nos seus cadastros de beneficiários o número do Cartão Nacional de Saúde, a ser fornecido pela ANS.

§ 2º-B. Os registros de atendimentos em estabelecimentos do SUS, que identifiquem os usuários, deverão conter o número do Cartão Nacional de Saúde.

§ 2º-C. As operadoras e a ANS deverão implantar a identificação dos pacientes pelo número do Cartão Nacional de Saúde prevista nos parágrafos 2ºA e 2ºB no prazo de cento e oitenta dias após a disponibilização do respectivo cartão pelo Ministério da Saúde.

§ 2º-D. Durante esse prazo, os prestadores de serviços deverão informar, nos registros de autorização de internação hospitalar e de atendimento de alto custo, se o paciente é detentor de um plano de saúde e, nos casos positivos, o nome do operadora do seu plano de assistência à saúde.

§ 2º-E. Estas informações deverão ser obtidas na alta do paciente ou após o seu atendimento ambulatorial.

.....

§ 9º A ANS deverá elaborar índice econômico próprio para monitorar e atualizar preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar constantes da tabela de procedimentos específica para o ressarcimento (Tabela Única Nacional de Equivalência de Prodedimentos-TUNEP), no prazo máximo de doze meses.

§ 10º Por sua relevância pública, o índice econômico e as informações constantes da TUNEP devem ser divulgados, de forma que permita seu fácil acesso à população em geral, e serem reavaliados a cada três meses.

Art. 35-C. .....

I -.....

II - .....

§ 1º A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.(NR)

§ 2º O atendimento de urgência ou emergência conforme o disposto na alínea c, inciso V, do artigo 12 e no artigo 35, alínea c, desta Lei não pode sofrer restrições de limite de tempo à assistência do usuário, até a sua alta médica do atendimento de urgência ou emergência.

Art. 35-N. As operadoras de planos privados de assistência à saúde ficam obrigadas a emitir suas faturas de modo a permitir seu desconto na rede bancária habilitada.

Art. 35-O. O prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, é de trinta dias, contados a partir da data de apresentação da fatura dos serviços prestados no decorrer de um mês.

Parágrafo único. O prazo limite para que as operadoras de planos de assistência à saúde apresentem as contas em divergência, para que sejam corrigidas em comum acordo com os prestadores é de quinze dias.

Art. 35-P. A ANS apresentará, em prazo de cento e oitenta dias, um novo regulamento para a contratualização que deve ser feita entre as operadoras e os prestadores de serviço, em especial sobre os temas do credenciamento e do descredenciamento de prestadores, ouvindo representantes das operadoras, dos prestadores de serviços e dos consumidores."

Art. 2º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Até 22 de agosto de 2003, os planos privados de assistência à saúde contratados antes da edição da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 estavam sendo submetidos à regulação emanada da ANS sobre temas como o reajuste nos preços, interrupção de internações hospitalares sem autorização médica e proibição de rescisões unilaterais, entre outros, com base em dispositivos da mesma Lei.

Em agosto de 2003, uma decisão do STF, em resposta a Ação Direta de Inconstitucionalidade, movida em dezembro de 1998 pela Confederação Nacional de Saúde e Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, considerou inconstitucionais os dispositivos da Lei nº 9.656/98 que alcançavam os contratos anteriores à sua publicação. Deste modo, a fiscalização destes contratos poderia ser feita apenas com fundamento nas regras ferais do Código de Defesa do Consumidor-Lei nº 8.078/90, o que deixava as cláusulas contratuais de risco fora de proteção regulatória específica, passando a se constituir uma ameaça permanente à grande maioria dos contratos anteriores à Lei nº 9.656/98.

A Lei nº 9.656/98, em seu Art. 35, estabeleceu as regras gerais para a adaptação dos contratos antigos (aos dispositivos desta Lei), sem perda das garantias já adquiridas, sendo o valor das prestações pecuniárias acrescido na proporção do aumento de cobertura assistencial.

Decorridos mais de oito anos de vigência da lei, constatou-se que um grande número de contratos não passou por esse processo, tendo em vista que as operadoras, via de regra, não apresentaram interesse de livremente oferecerem propostas de adaptação à Lei nº 9.656/98, principalmente para os contratos coletivos ou

empresariais e a ANS não atuou ativamente nessa direção, que interessa a cerca de 18 milhões de usuários.

A adaptação que estava sendo realizada, calculada caso a caso, dificultava muito o acesso à adaptação, uma vez que, a lógica financeira de definição do preço do contrato exigia uma diluição de risco entre o grupo assistido. O resultado era a imposição de um preço bastante mais oneroso ao consumidor do que aquele que se poderia esperar da adaptação simultânea do maior número possível de contratos.

No final de 2003, o Governo Lula apresentou ao Congresso a Medida Provisória nº 148, que atribuía competência à Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS para realizar processo de migração e adaptação dos contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A Exposição de Motivos do Ministério da Saúde ressaltava a situação em que ficariam os contratos realizados antes da data da vigência da Lei nº 9.656/98 frente à decisão liminar do Supremo Tribunal Federal –STF, em 22 de agosto de 2003.

A MP nº 148/03 tinha, em síntese o objetivo de autorizar a ANS a regulamentar o processo de adaptação e migração dos planos de saúde à Lei nº 9.656/98, dando-lhe ampla liberdade de atuação.

Destaque-se que a ANS já tinha normatizado os processos de adaptação e migração, em apenas sete dias após a publicação da referida MP, por meio das Resoluções Normativas (RN) nº 63/2003 e nº 64/2003. Estas resoluções determinavam, por exemplo, aumentos de 15% a 25% nas mensalidades e algumas vezes muito mais, além de obrigarem os usuários migrantes a cumprirem acréscimos de até 500% para dez faixas etárias. As operadoras praticam em dobro estes aumentos nas três últimas faixas etárias impondo, dessa forma, grande possibilidade de inadimplência aos idosos. Determinavam também, aos migrantes, o cumprimento de novas carências apesar de todos eles já terem pago seus planos por pelo menos cinco anos e terem cumpridos as carências definidas na Lei nº 9.656/98.

As resoluções mostravam um clara falta de interesse em solucionar problemas crônicos, que se agravaram com as modificações na Lei nº 9.656/98 que, aprovada depois de oito anos de discussão na Câmara Federal, foi inteiramente reformulada, em curto espaço de tempo, por medidas provisórias (44 reedições) que não chegaram, sequer, a ser discutidas no Congresso Nacional.

A análise dessa MP, da qual fomos relatores, demonstrou problemas complexos e preocupantes nesta área da saúde suplementar, especialmente ao voltarmos os olhos para os usuários, para os prestadores de serviços e para o sistema público de saúde.

O grande interesse despertado pela matéria da MP, bem como suas repercussões nos contratos entre a população e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, atendeu aos pressupostos constitucionais de relevância e urgência, dado a importância da questão e a premência em sua melhor resolução.

Acreditamos, no entanto, que a urgência e a relevância da MP nº 148, de 2003 estariam de fato caracterizadas se, nessa oportunidade, algumas modificações necessárias, urgentes e de alta relevância, fossem contempladas na Medida, adequando-a de forma mais completa à Lei nº 9.656/98.

Os migrantes, por exemplo, encontravam os prestadores de serviços – hospitais e trabalhadores de saúde – à beira de um colapso financeiro, sem que a MP, cujo objetivo era atender questões de urgência, lhes oferecesse qualquer socorro. Encontraram também o sistema público de saúde parasitado pelo setor privado, sem o ressarcimento adequado, o que fazia aumentar a demanda reprimida dos usuários do SUS, cada vez mais freqüentado por egressos do sistema suplementar que não conseguiam pagar suas mensalidades.

O caminho – normas que afetavam milhões de brasileiros sendo decididas por apenas duas pessoas, o Ministro e o Presidente da ANS – significava o abandono gradativo à própria sorte, ou ao mercado (o que talvez seja pior), da saúde da classe média, que já tinha sido obrigada, na investida da globalização, a pagar cada vez mais impostos e a comprar de novo a sua cidadania no mercado.

É, pois, nesse contexto que apresento este projeto de lei, analisando a questão dos planos privados de assistência à saúde com uma visão informada e holística da saúde dos brasileiros. Ciente dos sérios problemas existentes, não poderia deixar de buscar suas soluções, pois isto significaria um desserviço à causa da saúde dos brasileiros para a qual dediquei toda minha vida.

Antes de tudo quero destacar o caráter público dos serviços de saúde prestados pelo setor privado. É indiscutível que as empresas privadas atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, nos termos do Art. 196 e § 10 do Art. 199 da Constituição Federal. Trata-se, pois, de serviço público essencial, que deve ser também regulamentado pelo Poder Público.

Este projeto de lei busca sanar os mais críticos dos problemas que identificamos no subsistema dos planos privados de assistência à saúde, os quais passamos a explicar e justificar as alterações propostas na Lei 9.656, de 1998.

1. Consideramos parcial e equivocada a RDC da ANS que determinou a extinção do cheque caução, entendendo que a nova proposta de contrato entre operadora e prestador de serviço possa equacionar este problema. A única possibilidade de equacioná-lo, sem conseqüências graves aos usuários, é através da manutenção de canais de comunicação permanentes entre a operadora, prestadores e beneficiários. As operadoras, em um único local do país, com um cadastro de todos os seus beneficiários, têm condições de equacionar essa questão com baixo custo e é isso que se deve exigir. A não existência desse serviço deve determinar que a operadora se responsabilize sempre pelos pagamentos de todos os procedimentos que não puderam ter autorização prévia. Isso também consta de recomendação da CPI dos Planos de Saúde.

2. Não se pode conceber que um usuário extremamente insatisfeito com sua operadora de plano privado de assistência à saúde deva ficar refém dessa operadora. Propomos aqui a possibilidade de o usuário de um plano de saúde insatisfeito com sua operadora mudar de operadora sem que tenha que novamente ficar sem cobertura devido aos prazos de carência. Acordos entre operadoras podem viabilizar tais mudanças. Os custos dos atendimentos na nova operadora seriam amortizados por um fundo, que seria criado pela ANS e cobrado das operadoras durante os períodos de vigência das carências em seus contratos. Uma solução simples como

essa daria maior competitividade entre as operadoras e alternativas aos usuários.

3. Nesse mesmo caminho, entendemos que uma operadora pode oferecer produtos que não precisem, necessariamente, conter requisitos de prazos de carência. A cobrança de um agravo, um valor estipulado, poderia viabilizar o contrato de um plano privado de assistência à saúde sem os prazos de carência.

4. Consideramos abusiva a RN nº 63/2003, quando ela define que os valores pagos pela última faixa etária sejam seis vezes maiores que os da primeira, concedendo um aumento de 500%, sobre o qual ainda haverá correção monetária anual. O que ocorreu foi, além de tudo, um uso inadequado do Estatuto do Idoso. Antes dele, esses aumentos eram praticados de forma mais suave até idades superiores (mais de setenta anos). Depois dele, esses aumentos, ao invés de serem eliminados a partir dos 60 anos, foram prensados e concentrados para até 59 anos, com o agravante de serem praticados em dobro nos três últimas faixas etárias. Isso agrava, concretamente a inadimplência dos idosos e sua fuga dos planos de saúde, fato que ocorre cada vez mais com maior freqüencia. Entendemos que esse percentual não pode ser superior a 300% e que os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária devem ser fixados de forma eqüitativa e equilibrada pela operadora. Propomos que a variação permitida da primeira para a última faixa etária seja distribuída de modo a não sobrecarregar financeiramente as últimas faixas. Estaria sendo mantido assim o pacto de solidariedade intergeracional, recaindo as variações igualmente sobre os consumidores de todas as idades. Essa regra, além de evitar a penalização do idoso, garantirá às prestadoras de serviço e operadoras boa dose de flexibilidade para administrarem através de cálculos atuariais a concentração de sinistralidade em determinadas faixas etárias.

5. As reclamações constantes dos prestadores de serviços - hospitais, médicos e demais profissionais da saúde - pelas precárias condições de pagamento e trabalho que lhes são impostas, são problemas graves que a ANS entende que pode equacionar com a padronização de contratos. Entretanto, sempre existem hospitais e profissionais dispostos a aceitar preços menores mas, evidentemente com perda de qualidade e sérios prejuízos aos usuários. Portanto, é indispensável que pelo menos se determine que os reajustes concedidos anualmente às operadoras devem incluir percentuais obrigatórios de reajuste aos prestadores de serviços, pessoas físicas e jurídicas, para que não ocorra defasagem dos valores pagos pelos serviços, com reflexos graves na sua qualidade.

6. Outro bom exemplo das insuficiências da ANS é a questão do ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras, devido a serviços prestados aos portadores de planos privados de assistência à saúde. Este ressarcimento, definido no Art. 32 da Lei n.º 9.656/98 jamais foi realizado adequadamente. Usuários dos planos utilizam freqüentemente o sistema público, especialmente para procedimentos de maior complexidade e alto custo. É um direito de todos pois o SUS é universal mas, essas despesas devem ser ressarcidas pelas operadoras para os cofres públicos, por meio de cobranças da ANS. Entretanto, a ANS, nas suas normatizações, exclui, em total desobediência à Lei n.º 9.656/98, o pagamento das ações de maior complexidade e maior custo nos hospitais públicos e privados contratados e conveniados e o resultado é constrangedor: em quatro anos, a ANS ressarciu 45 milhões ao SUS quando um

cálculo conservador pressupõe um mínimo de 4 bilhões de reais nesse período. Por outro lado, é notória a preferência que tem sido dada aos usuários dos planos na ocupação de leitos e outras facilidades do SUS, especialmente nos hospitais contratados e conveniados. É urgente e necessária a discussão do ressarcimento dos atendimentos realizados na rede pública e privada contratada pelo SUS aos beneficiários dos planos de saúde. São inúmeras as barreiras que a ANS não consegue superar e que dificultam a concretização das cobranças que poderiam determinar uma relevante receita adicional ao SUS. A primeira delas consta no parágrafo primeiro do art. 5º da RDC nº 18, de 30 de março de 2000, que proíbe os hospitais argüírem sobre a condição de beneficiário de plano de saúde para proteger o princípio da universalidade. Está informação poderia facilitar o batimento (cruzamento dos dados de identificação dos beneficiários de planos de saúde com os dos usuários do SUS) que é feito através do DATASUS. A ANS, através da RDC 18, de 30 de março de 2000, normatiza o ressarcimento sem obedecer a Lei nº 9.656/98 e não cobra os atendimentos eletivos e de alto custo da rede contratada e conveniada, determinando assim o não ressarcimento desses procedimentos. Além disso, a ANS não cumpre as suas próprias normas porque não cobra também os procedimentos de alto custo dos hospitais públicos. Com estes fatos, o Ministério da Saúde e os hospitais prestadores deixam de receber a parte que lhes cabe e a fraude é institucionalizada e de alta monta. Um campo próprio para identificar o usuário que tenha plano de saúde e o cadastro completo e atualizado eliminariam as dificuldades que hoje impedem a ANS de cumprir o ressarcimento e proporcionar recursos adicionais significativos para o SUS.

Em entendimento com a ANS, proponho uma série de normativas que regulam melhor esta matéria, entre elas a adoção do número do Cartão Nacional de Saúde (do SUS) em todos os cadastros de beneficiários das operadoras, bem como nos registros de atendimentos realizados pelo SUS, dando um prazo de cento e oitenta dias para a implantação de tais registros. Tal providência permitirá, posteriormente ao atendimento, a identificação dos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde atendidos pelos prestadores de serviço. Durante o período dado, de cento e oitenta dias, para a implantação destes registros do número do Cartão Nacional de Saúde, proponho que todas as AIHs (autorização de internação hospitalar) e APACs (atendimento de alto custo) contenham informações sobre o número da carteira de identidade do paciente e sobre a sua condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde. Estas informações poderiam ser obtidas no momento da alta para equacionar a preocupação com a universalidade que, de resto, consideramos equivocada. Até hoje a ANS não mantém um cadastro completo e atualizado de beneficiários, operadoras e produtos, como determina a RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000, para possibilitar um “batimento” sem incorreções, que viabilizaria as cobranças e não determinaria gastos operacionais desnecessários à ANS.

7. A Lei nº 9.656/98 estabelece ainda, através do art.32, que o ressarcimento se dará através de uma Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP) que deve definir valores entre o SUS (mínimos) e os do mercado ou os estabelecidos em contratos entre prestadores de serviços públicos e operadoras para todos os procedimentos. Entretanto, a TUNEP está há mais de dois anos sem atualização e

alguns dos seus preços são inferiores aos do SUS. Não há nem mesmo as atualizações sugeridas periodicamente pelo SIMPRO e BRASÍNDICE, fazendo com que o ressarcimento, quando ocorre, tenha valores muito abaixo do que aqueles de mercado. Uma apuração realizada em setembro de 2003 apontou variação de 10 a 15 vezes menor dos preços TUNEP comparativamente aos preços SIMPRO, o que é injustificável. Neste projeto de lei propomos a elaboração de um índice econômico próprio para monitorar e atualizar os preços de serviços e insumos do setor de saúde suplementar, sua ampla divulgação e reavaliação a da seis meses. Tais providências certamente vão ajudar a ANS a estruturar mecanismos que corrijam e aperfeiçoem o processo do ressarcimento.

8. A carência para atendimentos de urgência ou emergência deve ser de 24 horas, conforme o disposto na letra c, inciso V do artigo 12 e artigo 35, c, da Lei nº 9.656/98. É fundamental a revisão e alteração da Resolução CONSU nº 13, de 4 de novembro de 1998, sobre esse atendimento, pois desde a publicação da referida resolução, as entidades de defesa do consumidor têm se posicionado contrárias aos dispositivos ali previstos, sobretudo referentes aos artigos 3º, parágrafo 1º, e art. 4º, parágrafo único. Isto porque, o plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência somente para as doze primeiras horas de atendimento. Tal fato é inaceitável pois urgência ou emergência define a necessidade de atendimento para a preservação de vida e não está nunca sujeita a limitação definida por número de horas. A duração do atendimento deve estar vinculada às características que determinam o caráter de emergência. Na prática, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm negado o atendimento aos consumidores que se encontram nessas situações sempre que estiverem em cumprimento de carência contratual. Ou seja, o posicionamento das operadoras, baseado na Resolução CONSU nº 13/98, tem sido pela negativa da cobertura, nos casos em que o consumidor não tenha cumprido os seis meses de carência. Logo, o entendimento correto dever ser o de que os casos de urgência e emergência devem ser imediatamente atendidos sem imposição de prazo de carência ou tempo de atendimento.

9. Para dirimir problemas e evitar abusos na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços, que tem trazidos sérios prejuízos também aos pacientes, sugiro aqui que as transações entre estas partes, relacionadas com o pagamento de serviços sejam realizadas por meio da rede bancária, utilizando-se do recurso de faturas ou de boletos bancários.

10. O prazo que as operadoras têm praticado para pagar os prestadores de serviços tem sido dos mais variados possíveis e, como regra, tem sido muito longo. Tal fato gera um prejuízo notório aos prestadores que têm que cumprir seus compromissos mensais com o pagamento do seu pessoal, dos fornecedores e assim por diante. Para solucionar tal problema, proponho aqui um prazo máximo para pagamento pelas operadoras aos prestadores de serviços contratados, credenciados ou cooperados, pessoas físicas ou jurídicas, de trinta dias, que parece ser um tempo razoável, comumente adotado em transações comerciais, para ambas as partes.

11. Finalmente, propomos uma prazo de cento e oitenta dias para que a ANS apresente um novo regulamento para a elaboração de contratos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços,

especialmente no que se refere aos temas do credenciamento e descredenciamento. Para a elaboração de tal regulamento a ANS deverá ouvir representantes dos prestadores de serviços, das operadoras e dos consumidores.

Há muitas outras questões que deveriam estar neste rol de aperfeiçoamentos da Lei nº 9.656/98. Deixamos de incluir neste projeto de lei assuntos importantes tais como a vedação da subsegmentação, a localização geográfica da ANS e a submissão dos planos coletivos e empresariais à Lei nº 9.656/98.

É importante lembrar que o Projeto de Conversão da MP nº 148/2003 que apresentei no Plenário desta Casa, em fevereiro de 2004, teve o apoio do maior número dos presentes, que discursaram favoravelmente à minha proposta em sessão retransmitida, ao vivo, pela TV Câmara.

Entretanto, o Governo determinou à sua base na Câmara que derrubasse o Projeto de Conversão e assim foi feito, sob o argumento de que as minhas sugestões seriam objeto de um Projeto de Lei que seria apresentado em, no máximo, noventa dias. Passaram-se três anos e nada aconteceu. Por essa razão apresento, agora, este PL, lamentando que se perdeu o momento mágico de uma MP que faria vigir, imediatamente, as correções necessárias acordadas e indispensáveis a uma atenção digna e adequada aos usuários dos Planos de Saúde.

Este Projeto de Lei tem, pois, a intenção de recuperar e apresentar as propostas de aperfeiçoamentos da Lei nº 9.656/98, imprescindíveis para que os brasileiros tenham no setor privado dos planos de saúde um complemento real ao SUS, fundamentado nas concepções estabelecidas pela Constituição Federal.

Nesse sentido, espero o apoiamento necessário dos Colegas desta Casa Legislativa à aprovação deste Projeto de Lei, para o bem da saúde de todos os brasileiros.

Sala das Sessões, em 29 de novembro de 2006.

Dep. Dr. Pinotti

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.
§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
** Primitivo § único renumerado pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
** § 2º acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;
** Inciso I acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
** Inciso II acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º
** Inciso III acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
** § 3º acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
I - os percentuais de que trata o § 2º;
** Inciso I acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
** Inciso II acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
** Inciso III acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.
** Inciso IV acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.*
§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.
** § 4º acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.*
§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.
** § 5º acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.*
§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.
** § 6º acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006.*
Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e

substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.
Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
.....
.....

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, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:
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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde.
Art. 15. É facultada a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei em razão da idade do consumidor, desde que sejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme critérios e parâmetros gerais fixados pelo CNSP.
Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:
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 ou segurado;
VI - os eventos cobertos e excluídos;
VII - as modalidades do plano ou seguro:
a) individual;
b) familiar; ou
c) coletivo;
VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;
IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;
X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;
XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.
§ 1º 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 do plano ou seguro privado

de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.
§ 2º A validade dos documentos a que alude o caput condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.
Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 1º É facultada a substituição do contrato ou credenciado a que se refere o caput, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.
§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.
Parágrafo único. O não-cumprimento do disposto no caput deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.
.....
Art. 32 . Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.
§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
Art. 34. As entidades que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei podem constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.
§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art. 19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.

§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.
Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III.....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)

"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)

"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1o deste artigo." (NR)

"Art.21. .....

.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas

para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde -

SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º , 5º , 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente Código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e

interesse social, nos termos dos artigos 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 148, DE 15 DE DEZEMBRO 2003

(Transformada na Lei nº 10.850, de 25 de março de 2004)

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art.1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art.2º As ações de incentivo de que trata esta Medida Provisória serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:
I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;
II - viabilização de migração da relação contratual estabelecida para outro plano da mesma operadora; e
III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.
§ 1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.
§ 2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.
Art.3º Será garantido ao consumidor o caráter facultativo da adesão aos planos especiais, ficando as operadoras obrigadas a manter em operação todos os contratos não adaptados.
Parágrafo único.Nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 4º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de dezembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sergio Costa Lima

LEI Nº 10.850, DE 25 DE MARÇO DE 2004

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 148, de 2003, que o Congresso

Nacional aprovou, e eu, Inocêncio Oliveira, Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:
Art. 1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 2º As ações de incentivo de que trata esta Lei serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:
I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;
II - viabilização de migração da relação contratual estabelecidapara outro plano da mesma operadora; e
III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.
§ 1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.
§ 2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 3º Será garantido ao consumidor o caráter facultativo da adesão aos planos especiais, ficando as operadoras obrigadas a manter em operação todos os contratos não adaptados.
Parágrafo único. Nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.
Congresso Nacional, em 25 de março de 2004; 183º da Independência e 116º da República

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA
Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso
Nacional, no exercício da Presidência

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N° 63, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelo inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 60, inciso II, alínea "a", do anexo I, da Resolução - RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto no art. 15, da Lei n.º 9656, de 3 de junho de 1998 e no § 3º, do art. 15, da Lei n.º 10.741, publicada no DOU de 3 de outubro de 2003, em reunião realizada em 11 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.
Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.
Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:
I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinqüenta e três) anos;
IX - 54 (cinqüenta e quatro) a 58 (cinqüenta e oito) anos;
X - 59 (cinqüenta e nove) anos ou mais.
Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:
I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;
II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
Art 4º Para os planos já registrados na ANS, as alterações definidas nesta Resolução deverão constar das Notas Técnicas de Registro de Produto - NTRP, a partir das próximas atualizações anuais.
§1º As atualizações anuais devidas a partir da publicação desta Resolução até 31 de março de 2004 poderão ser apresentadas até 1º de abril de 2004.
§ 2º Até que seja feita a atualização da NTRP prevista neste artigo, deverão ser informados à ANS os percentuais de variação adotados, e eventuais alterações, por meio do aplicativo disponível na internet no endereço www.ans.gov.br, no prazo de 15 dias a contar do primeiro contrato comercializado com a alteração.
Art. 5º Esta Resolução entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2004.

JANUARIO MONTONE
DIRETOR-PRESIDENTE

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N°64, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência a ela conferida pelos arts. 3o e 10, inciso II, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, na forma prevista no art. 60, inciso II, alínea "a" da Resolução - RDC n.º 95, de 30 de janeiro de 2002, considerando o disposto na Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003, em reunião realizada em 19 de dezembro de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.
Art. 1.º Fica instituído, de acordo com o disposto na Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003, o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, com a finalidade de estimular a adequação dos contratos de planos de assistência à saúde firmados até 2 janeiro de 1999, às regras operacionais e garantias instituídas pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 2.º O Programa de Incentivo consiste na apresentação, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de propostas elaboradas na forma e prazos definidos nesta Resolução, oferecendo a seus consumidores condições especiais de adaptação e migração de contrato visando a alteração simultânea e em curto prazo de todos os contratos não alcançados pela Lei n.º 9.656, de 1998.
§ 1º A adesão do consumidor às propostas apresentadas será de sua livre opção sendo-lhe garantida, nos termos do art. 35 da Lei n.º 9.656, de 1998, a manutenção de seu contrato nas condições em vigor.
§ 2º Estão excluídas da obrigatoriedade de apresentação do Programa de Incentivo de que trata esta Resolução as autogestões patrocinadas e as operadoras de produtos exclusivamente odontológicos.
.....

.....

RESOLUÇÃO-RDC Nº 18, DE 30 DE MARÇO DE 2000

Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656/98, 03 de junho de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III do art. 9º do regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3327, de 05 de Janeiro de 2000, em reunião realizada em 30 de Março de 2000, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor Presidente determino a sua publicação.
Art. 1º A administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento previsto pelo artigo 32 da Lei n° 9.656/98 de 03/06/98, será de competência da ANS e dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.
Parágrafo Único. Os gestores de que trata este artigo são o Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, estes últimos quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme definido pelas normas do Ministério da Saúde.

Art. 2º Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras definidas pelo Artigo 1º da Lei n° 9.656/98, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previstos nos respectivos contratos, abrangendo :
I - os realizados por unidades públicas de saúde;
II - os de urgência e emergência, realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.
Parágrafo Único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de planos privados de assistência à saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos.
.....
.....

RESOLUÇÃO - RDC Nº 3, DE 20 DE JANEIRO DE 2000

Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 20 de janeiro de 2000; e
considerando o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde referente aos atendimentos prestados a usuários de planos privados de assistência à saúde, previsto no artigo 32 da Lei n º 9.656, de 3 de junho de 1998;
considerando que a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma da Lei n º 9.656/98, alterada pela MP.1.976-21, de 10.12.99, sucede a competência do Ministério da Saúde para fins de implantação dos procedimentos de ressarcimento ao SUS, assumindo, em conseqüência, o andamento de todos os procedimentos iniciados durante a vigência das Portarias SAS/MS n º 271/99, 506/99 e 560/99, adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada - RDC e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:
Art.1º Os dados cadastrais dos beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde, de que tratam os artigos 20 e 32 da Lei 9.656/98, deverão ser fornecidos à Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, de acordo com o disposto nesta Resolução.
Parágrafo único. O fornecimento dos dados cadastrais de beneficiários deve ser feito unicamente através de arquivo magnético, transmitido ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS-MS, através de seu BBS.
Art.2º Os dados de que trata o art. 1º serão os seguintes:
a)nome completo do beneficiário;
b)data de nascimento;
c)sexo;
d)endereço: logradouro e Código de Endereçamento Postal;
e)município de residência;
f)unidade da Federação;
g)data de adesão ao plano;
h)número ou código de identificação do beneficiário no plano;
i)complementos do endereço, quando for o caso;
j)nome da mãe do beneficiário;
k)número do Cartão Nacional de Saúde, quando disponível;
l)CPF;
m)número de registro do plano no Ministério da Saúde ou na ANS, conforme o caso.
Parágrafo único. O fornecimento dos dados, constantes dos incisos de "a" a "h" deste artigo, é obrigatório e a falta de um deles ensejará a rejeição do cadastro, que será considerado não fornecido.
.....
.....

RESOLUÇÃO CONSU N.º 13, DE 4 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,
RESOLVE:

Art. 1° A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D, da Lei n° 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.
Art. 2° O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.
Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.
Art. 3° Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.
§1º No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.
§2º No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.
§3º Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.
Art. 4° Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.
Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art. 2° para o plano ambulatorial
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 582, DE 2007

(Da Sra. Alice Portugal)

Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º – Cabe as operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto tem por objetivo a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

Foi apresentado inicialmente pela ex-deputada Jandira Feghali e, em homenagem a esta brilhante parlamentar e à importância e alcance social de sua proposição, submetemo-lo novamente à apreciação do Congresso Nacional na esperança de vê-lo aprovado.

A obrigatoriedade da realização desse tipo de cirurgia visa corrigir uma falha na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que permite que planos e seguros privados de saúde não realizem este tipo de procedimento nas milhares de mulheres que pagam seus planos de saúde e na hora que precisam utilizar os seus serviços vêem desamparadas pela legislação.

O governo e os órgão públicos já são obrigados por lei a realizar este tipo de procesimento, dessa forma temos o dever de garantir o mesmo direitos para as mulheres que optaram por pagar e utilizar os serviços de planos e seguros privados de saúde.

Ressalto que essa iniciativa procura reparar uma omissão do modelo assistêncial brasileiro. Gostaria de ressaltar a importância deste projeto pelo papel social que cumpre, pelo alívio ao sofrimento de quem sofreu ou sofrerá um processo de mastectomia.

Pelos motivos acima expostos, levamos a apreciação dos nobres pares a presente proposta.

Sala das Sessões, em 27 de março de 2007.

Alice Portugal
Deputada Federal - PCdoB/BA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.
§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:
I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;
II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.
§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:
I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;
II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.
Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde,

pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
Art. 6º. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º. Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 590, DE 2007

(Do Sr. Vinicius Carvalho)

Dispõe sobre o atendimento médico hospitalar em caráter de emergência e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os hospitais particulares ficam obrigados a prestar atendimento médico hospitalar em caráter de emergência aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) quando não houver vagas disponíveis nos hospitais da rede pública da região.

§ 1º Para os efeitos desta lei, considera-se atendimento médico hospitalar em caráter de emergência aquele indispensável ao paciente em situação de risco imediato de morte ou lesão irreparável.

§ 2º O atendimento a que alude o *caput* deverá ser prestado até que o paciente se encontre em condição de alta ou transferência para unidade hospitalar do SUS.

Art. 2º As despesas decorrentes dos atendimentos a que se refere o art. 1º serão ressarcidas pelo SUS, no prazo máximo de 90 dias corridos, com base nas tabelas por ele praticadas.

Parágrafo único. Quando o SUS não efetuar o ressarcimento dentro do prazo estipulado no *caput*, o crédito da instituição poderá ser compensado com débitos tributários contra a União, que poderá, por sua vez, reter do repasse ao Ente devedor o valor correspondente à compensação.

Art. 3º O descumprimento do disposto no art. 1º caracteriza omissão de socorro por parte tanto do funcionário que não realizou o atendimento quanto do responsável pela instituição.

Art. . Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A vida e a incolumidade da pessoa humana devem ser preservadas acima de qualquer consideração de ordem comercial ou contratual. A disseminação de planos de saúde trouxe como conseqüência inaceitável e inexplicável a discriminação no atendimento médico hospitalar, mesmo em casos de emergência clínica. Qualquer omissão de socorro é inadmissível; porém, quando motivada por questões financeiras, essa situação torna-se ainda mais intolerável.

É sabido por todos, que os médicos possuem o dever de cumprir seu código de ética, porém infelizmente, eles se vêem obrigados a se submeterem as normas de atendimento dos hospitais particulares. Sabemos também, que os hospitais públicos, em sua grande maioria, possuem deficiências em números de profissionais e principalmente em números de vagas e leitos. O bem maior protegido pela nossa Carta Magna é a vida e não há como aceitarmos que um paciente em situação de risco imediato de morte ou lesão irreparável possa ter sua vida ceifada simplesmente por falta de um leito ou de um equipamento disponível.

É justo, contudo, que a instituição seja remunerada condignamente pelo atendimento efetuado e, para tanto, estipulamos a tabela SUS como parâmetro para o ressarcimento. Além disso, propomos o prazo de 90 dias para que seja factível ao Poder Público a efetivação do pagamento. Todavia, caso este não se realize, faz-se necessário assegurar à instituição a compensação de seu crédito com débitos tributários, em conformidade com o expresso na legislação vigente. Com efeito, tanto o Código Tributário Nacional (Lei n.º 5.172/66), em seu art. 170, quanto a Lei n.º 9.430/96, seu art. 74, com redação dada pela Lei n.º 10.637/02, asseguram tal direito.

Com este projeto de lei, pretendo salvaguardar o devido atendimento a que todos os brasileiros fazem jus, se em situação de risco imediato de morte ou lesão irreparável. Para tanto, conto com o apoio dos nobres Colegas para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 28 de março de 2007.

Deputado VINÍCIUS CARVALHO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 5.172, DE 25 DE OUTUBRO DE 1966

Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário

aplicáveis à União, Estados e Municípios.

.....

LIVRO SEGUNDO
NORMAS GERAIS DE DIREITO TRIBUTÁRIO

.....

TÍTULO III
CRÉDITO TRIBUTÁRIO

.....

CAPÍTULO IV
EXTINÇÃO DO CRÉDITO TRIBUTÁRIO

.....

Seção IV
Demais Modalidades de Extinção

Art. 170. A lei pode, nas condições e sob as garantias que estipular, ou cuja estipulação em cada caso atribuir à autoridade administrativa, autorizar a compensação de créditos tributários com créditos líquidos e certos, vencidos ou vincendos, do sujeito passivo contra a Fazenda Pública.

Parágrafo único. Sendo vincendo o crédito do sujeito passivo, a lei determinará, para os efeitos deste artigo, a apuração do seu montante, não podendo, porém, cominar redução maior que a correspondente ao juro de 1% (um por cento) ao mês pelo tempo a decorrer entre a data da compensação e a do vencimento.

Art. 170-A. É vedada a compensação mediante o aproveitamento de tributo, objeto de contestação judicial pelo sujeito passivo, antes do trânsito em julgado da respectiva decisão judicial.

** Artigo acrescido pela Lei Complementar nº 104, de 10/01/2001*

Art. 171. A lei pode facultar, nas condições que estabeleça, aos sujeitos ativo e passivo da obrigação tributária celebrar transação que, mediante concessões mútuas, importe em determinação de litígio e conseqüente extinção de crédito tributário.

Parágrafo único. A lei indicará a autoridade competente para autorizar a transação em cada caso.

.....

.....

LEI Nº 9.430, DE 27 DE DEZEMBRO DE 1996

Dispõe sobre a Legislação Tributária Federal, as Contribuições para a Seguridade Social, o Processo Administrativo de Consulta e dá outras providências.

.....

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES GERAIS

.....

Seção VII
Restituição e Compensação de Tributos e Contribuições

.....

Art. 74. O sujeito passivo que apurar crédito, inclusive os judiciais com trânsito em julgado, relativo a tributo ou contribuição administrado pela Secretaria da Receita Federal, passível de restituição ou de ressarcimento, poderá utilizá-lo na compensação de débitos próprios relativos a quaisquer tributos e contribuições administrados por aquele Órgão.

** Artigo, caput, com redação dada pela Lei nº 10.637, de 30/12/2002*

§ 1º A compensação de que trata o *caput* será efetuada mediante a entrega, pelo sujeito passivo, de declaração na qual constarão informações relativas aos créditos utilizados e aos respectivos débitos compensados.

** § 1º acrescido pela Lei nº 10.637, de 30/12/2002.*

§ 2º A compensação declarada à Secretaria da Receita Federal extingue o crédito tributário, sob condição resolutória de sua ulterior homologação.

** § 2º acrescido pela Lei nº 10.637, de 30/12/2002.*

§ 3º Além das hipóteses previstas nas leis específicas de cada tributo ou contribuição, não poderão ser objeto de compensação mediante entrega, pelo sujeito passivo, da declaração referida no § 1º:

** § 3º, caput, com redação dada pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

I - o saldo a restituir apurado na Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física;

** Inciso I acrescido pela Lei nº 10.637, de 30/12/2002.*

II - os débitos relativos a tributos e contribuições devidos no registro da Declaração de Importação.

**Inciso II acrescido pela Lei nº 10.637, de 30/12/2002.*

III - os débitos relativos a tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal que já tenham sido encaminhados à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional para inscrição em Dívida Ativa da União;

** Inciso III acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

IV - o débito consolidado em qualquer modalidade de parcelamento concedido pela Secretaria da Receita Federal - SRF;

** Inciso IV com redação dada pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

V - o débito que já tenha sido objeto de compensação não homologada, ainda que a compensação se encontre pendente de decisão definitiva na esfera administrativa; e

** Inciso V com redação dada pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004*

VI - o valor objeto de pedido de restituição ou de ressarcimento já indeferido pela autoridade competente da Secretaria da Receita Federal - SRF, ainda que o pedido se encontre pendente de decisão definitiva na esfera administrativa.

** Inciso VI acrescido pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

§ 4º Os pedidos de compensação pendentes de apreciação pela autoridade administrativa serão considerados declaração de compensação, desde o seu protocolo, para os efeitos previstos neste artigo.

** § 4º acrescido pela Lei nº 10.637, de 30/12/2002.*

§ 5º O prazo para homologação da compensação declarada pelo sujeito passivo será de 5 (cinco anos), contado da data da entrega da declaração de compensação.

** § 5º com redação dada pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

§ 6º A declaração de compensação constitui confissão de dívida e instrumento hábil e suficiente para a exigência dos débitos indevidamente compensados.

** § 6º acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003*

§ 7º Não homologada a compensação, a autoridade administrativa deverá cientificar o sujeito passivo e intimá-lo a efetuar, no prazo de 30 (trinta dias), contado da ciência do ato que não a homologou, o pagamento dos débitos indevidamente compensados.

** § 7º acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

§ 8º Não efetuado o pagamento no prazo previsto no § 7º, o débito será encaminhado à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional para inscrição em Dívida Ativa da União, ressalvado o disposto no § 9º.

** § 8º acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

§ 9º É facultado ao sujeito passivo, no prazo referido no § 7º, apresentar manifestação de inconformidade contra a não-homologação da compensação.

** § 9º acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

§ 10. Da decisão que julgar improcedente a manifestação de inconformidade caberá recurso ao Conselho de Contribuintes.

** § 10 acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003.*

§ 11. A manifestação de inconformidade e o recurso de que tratam os §§ 9º e 10 obedecerão ao rito processual do Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972, e enquadram-se no disposto no inciso III do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional, relativamente ao débito objeto da compensação.

** § 11 acrescido pela Lei nº 10.833, de 29/12/2003 .*

§ 12. Será considerada não declarada a compensação nas hipóteses:

** § 12, caput, com redação dada pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

I - previstas no § 3º deste artigo;

** Inciso I acrescido pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

II - em que o crédito:

** Inciso II, caput, acrescido pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

a) seja de terceiros;

** Alínea a acrescida pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

b) refira-se a "crédito-prêmio" instituído pelo art. 1º do Decreto-Lei nº 491, de 5 de março de 1969;
** Alínea b acrescida pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*
c) refira-se a título público;
** Alínea c acrescida pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*
d) seja decorrente de decisão judicial não transitada em julgado; ou
** Alínea* d *acrescida pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*
e) não se refira a tributos e contribuições administrados pela Secretaria da Receita Federal - SRF.
** Alínea e acrescida pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*
§ 13. O disposto nos §§ 2º e 5º a 11 deste artigo não se aplica às hipóteses previstas no § 12 deste artigo.
** § 13 acrescido pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*
§ 14. A Secretaria da Receita Federal - SRF disciplinará o disposto neste artigo, inclusive quanto à fixação de critérios de prioridade para apreciação de processos de restituição, de ressarcimento e de compensação.
** § 14 acrescido pela Lei nº 11.051, de 29/12/2004.*

Seção VIII
UFIR

Art. 75. A partir de 1º de janeiro de 1997, a atualização do valor da Unidade Fiscal de Referência - UFIR, de que trata o art. 1º da Lei nº 8.383, de 30 de dezembro de 1991, com as alterações posteriores, será efetuada por períodos anuais, em 1º de janeiro.
Parágrafo único. No âmbito da legislação tributária federal, a UFIR será utilizada exclusivamente para a atualização dos créditos tributários da União, objeto de parcelamento concedido até 31 de dezembro de 1994.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 664, DE 2007

(Do Sr. Manoel Junior)

Obriga as empresas privadas que operem Planos de Assistência à Saúde a disporem de centrais de atendimento funcionando durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° As empresas privadas operadoras de planos de saúde, reguladas pela lei federal n° 9.656/98, ficam obrigadas a disporem de centrais de atendimento funcionando durante as 24(vinte e quatro) horas do dia.

Parágrafo único. Tais Centrais de atendimento devem dispor de funcionários capazes de emitir autorizações de atendimento para os Hospitais que estiverem prestando serviços aos clientes das empresas de que trata esta lei.

Art. 2° A operadora de plano de saúde que não implementar o disposto no artigo anterior, no prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, é coagida ao pagamento de uma multa no valor de dez salários-mínimos por dia.

§ 1° A Agência Nacional de Saúde fica responsável por fiscalizar e aplicar multa, quando necessário for.

§ 2° Os valores provindos da coação por não cumprimento de obrigação serão revertidos para melhoria dos Hospitais da rede pública estadual e aplicados em conta específica de instituição financeira oficial.

Art. 3° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4° Ficam revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

Em brilhante Resolução Normativa, a ANS (Agência Nacional de Saúde) veda em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.

Tal medida faz parte de uma série de atos, entre eles a obrigação da firmação de contratos entres as operadoras de planos e seguros-saúde e os hospitais, com vistas na defesa da população que usufrui dos serviços privados de assistência à saúde.

No entanto, em resposta à resolução n° 44 da ANS, a Federação Brasileira dos Hospitais defende que o cliente que não tiver a autorização prévia vai ser transferido para um hospital da rede pública, ou seja, os planos de saúde que disporem de centrais de atendimento 24 (vinte e quatro) horas serão atendidos, os demais cidadãos ficarão obrigados a enfrentar as longas filas e o moroso atendimento dos Hospitais Públicos.

A pretensa norma visa solucionar o problema gerado pela resolução, obrigando as operadoras de plano de saúde a implementarem as referidas centrais de atendimento 24 horas.

Pelo exposto, justifica-se o projeto.

Brasília, 09 de abril de 2007.

MANOEL JUNIOR
DEPUTADO FEDERAL/ PSB/PB

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JULHO DE 1998

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.
§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:
I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;
II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.
§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:
I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;
II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.
Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
Art. 6º. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º. Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN N.º 44, DE 24 DE JULHO DE 2003

Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VII do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando as contribuições da Consulta Pública nº 11, de 12 de junho de 2003, em reunião realizada em 23 de julho de 2003, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.
Art. 1º Fica vedada, em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.
Art. 2º Fica instituída Comissão Especial Permanente para fins de recepção, instrução e encaminhamento das denúncias sobre a prática de que trata o artigo anterior.
§ 1º As denúncias instruídas pela Comissão Especial Permanente serão remetidas ao Ministério Público Federal para apuração, sem prejuízo das demais providências previstas nesta Resolução.
§ 2º Os processos encaminhados ao Ministério Público Federal serão disponibilizados para

orientação dos consumidores no site da ANS, www.ans.gov.br.
Art. 3º A ANS informará à operadora do usuário reclamante quanto às denúncias relativas a prestador de sua rede, bem como a todas as demais operadoras que se utilizem do referido prestador, para as providências necessárias.
Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE
Diretor - Presidente

PROJETO DE LEI N.º 756, DE 2007

(Da Sra. Solange Almeida)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Serviços Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 inciso I da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da letra c:

"Art. 12 .....

.....

I – quando incluir atendimento ambulatorial:

c) reembolso, em todos os tipos de plano ou seguro, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com medicamentos prescritos pelo médico assistente.

Art. 2º Esta lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta dias) de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O ressarcimento das despesas realizadas com a compra de medicamentos prescritos pelo médico durante atendimento ambulatorial, além de proporcionar ao paciente o acesso imediato aos medicamentos para o início e continuidade do tratamento adequado, diminuirá

os custos do plano privado de assistência à saúde com o segurado, pois propiciará a diminuição dos casos de internação.

O tratamento das causas da doença, a partir do momento em que é diagnosticada pelo médico no atendimento ambulatorial, em sua quase totalidade, previne o agravamento do caso, proporciona ao paciente de forma imediata uma melhora sensível dos sintomas e estatisticamente diminui os casos de internação, no qual os planos de saúde já são obrigados a fornecer os medicamentos necessários ao tratamento do segurado.

Desta forma, entendemos ser imprescindível que as operadoras de planos ou seguros de saúde absorvam este procedimento para, inclusive, reduzir seus custos futuros, através da redução dos casos de internação.

Considerando a relevância do acesso aos medicamentos, estamos propondo a obrigatoriedade de os planos de saúde incluírem esta cobertura no plano-referência, ou seja, no elenco mínimo e padrão dos serviços ofertados.

Diante do exposto, contamos com o apoio dos nobres Colegas para a aprovação de nosso projeto de lei.

Sala das Sessões, em 17 de março de 2007.

Deputada Solange Almeida
PMDB/RJ

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção

do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da

Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados,

credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III.....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais,

elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas

por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$

1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º

desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos,

permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)

"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma,

gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR
Art. 2º Os arts. 3º , 5º , 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
.....
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 1.220, DE 2007

(Do Sr. Jovair Arantes)

Dispõe sobre a elaboração de tabela de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais, como base mínima para contratos com as operadoras de planos de saúde.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O contrato entre as operadoras de planos de saúde e os médicos, odontólogos e outros profissionais de saúde terá como piso os valores constantes de tabelas elaboradas pelas entidades nacionais representativas de cada profissão e referendadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo Único: O Conselho Nacional de Saúde, ouvido o Conselho Estadual de Saúde, poderá autorizar a utilização de tabelas regionalizadas, desde que mantido o piso mínimo de que trata o *caput*.

Art. 2º O desrespeito ao disposto nesta Lei sujeita os infratores às sanções previstas na Lei 9656, de 03 de junho de 1998.

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

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

O constante processo de deterioração da qualidade da assistência à saúde no Brasil é, infelizmente, uma realidade não apenas nos serviços públicos mas também na prestação de serviços privados de saúde.

Os princípios da universalidade e da integralidade da atenção balizaram as mudanças que garantiriam a todos os brasileiros os procedimentos indispensáveis para assegurar a saúde. Com tal finalidade, incluiu-se na Constituição o mandamento legal necessário a garantir tal direito de cidadania.

Não se pode negar que houveram avanços em vários locais do país com a instalação do SUS. Inúmeros municípios que de nada dispunham passaram a se responsabilizar pela atenção de seus habitantes. Contudo, o novo sistema criado pela Carta Magna, enfrentando sérias dificuldades, não tem sido capaz de oferecer com a qualidade necessária os serviços de saúde para toda a população, estando ainda muito distante do ideal constitucional.

Em conseqüência, uma grande parcela da população, principalmente da classe média, busca alternativa para seus problemas de saúde junto aos planos de saúde. O crescimento desta demanda foi vertiginoso. Hoje, são mais de 40 milhões de brasileiros associados a algum plano.

Em pouco tempo, infelizmente, os planos de saúde passaram a ser os campeões de reclamações dos consumidores, não havendo regramento capaz de por limites à busca incessante do lucro fácil, através de atividade de extremo interesse do Estado – o oferecimento de serviços de atenção à saúde. Em conseqüência de tal realidade o Congresso Nacional aprovou a Lei 9656/98, com o objetivo de disciplinar o setor.

A par da edição da referida lei, são constantes as denúncias de que os planos de saúde pressionam os médicos a adotarem procedimentos de redução dos custos que, se praticados, poderiam colocar em risco a vida de pacientes. Os planos tentam inicialmente, diminuir os honorários dos médicos, em seguida, criam "pacotes" com preços estabelecidos para o tratamento do paciente, restringindo pedidos de exames e reduzindo o tempo de internação, e, por último, se nenhuma dessas medidas surtirem efeito, descredenciam o médico, criando uma lista negra.

Todavia, a medida que mais causou perplexidade a todos não se originou diretamente dos planos de saúde. Surgiu de uma decisão do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). Em seu pronunciamento, este órgão considerou que as entidades médicas e ordens profissionais estariam fazendo uso de prática cartelizada, ao impor aos planos de saúde privados tabelas de honorários médicos. Tal medida gerou um amplo protesto de caráter nacional.

Essa atitude constitui-se em uma grande injustiça, pois é comum constar

nos contratos de credenciamento de médicos com determinado plano de saúde que a "A remuneração se fará de acordo com a tabela de honorários médicos da Associação Médica Brasileira". Mesmo quando as empresas criavam sua própria tabela, faziam-na como cópia idêntica à da AMB.

Contudo, nos últimos anos as operadoras, com o objetivo de ampliar seus lucros, continuam reajustando seus preços e a par disso, de forma unilateral e desrespeitosa, passaram a aplicar a redução pura e simples dos honorários dos profissionais, colocando estes sempre sob a ameaça de descredenciamento.

A proposta que ora apresentamos tem a finalidade de minimamente regular a aplicação de tabela de remuneração, participando de sua elaboração todos os interessados: os profissionais, os empresários, o Estado, e os usuários.

Estamos certos que a medida proposta oferecerá excelente instrumento para preservar o bom exercício profissional e contribuirá para impedir a queda na qualidade da assistência dos planos de saúde, proporcionando aos cidadãos a garantia de qualidade necessária em área tão sensível como é a saúde pública, seja ela fornecida diretamente pelo Estado ou com a participação da iniciativa privada.

Temos a convicção que a proposta contará com o apoio dos nobres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, 31 de maio de 2007.

Deputado **Jovair Arantes**

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

O P R E S I D E N T E D A R E P Ú B L I C A

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão".

§ 3º A assistência a que alude o *caput* deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes".

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado

constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:
I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;
II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.
Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.
*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)

"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata

o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas

graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)

"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)

"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)

"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)

"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do

usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei

deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 4º A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 4º .....
.....
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
.....
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
.....
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde;
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
.....
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.
....." (NR)
"Art. 10. .....
.....
§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.
§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.
....." (NR)
Art. 13. .....
.....
IV - .....
.....
p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
q) Associação Médica Brasileira;
V - .....
a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
b) das empresas de medicina de grupo;
c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
d) das empresas de odontologia de grupo;
e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:
a) de defesa do consumidor;
b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
.....
§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)
"Art. 20. .....
.....
§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.
§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no

caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.
§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.
§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos." (NR)
"Art. 21. .....
.....
§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.
§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei." (NR)
"Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.
§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.
§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)
Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas." (NR)
Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 1.942, DE 2007

(Do Sr. Beto Faro)

Altera a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescente-se à Lei nº. 9.656, de 1998, o seguinte art. 11-A:

"Art. 11-A. É vedada a estipulação contratual de prazos de carência, salvo o disposto no art. 11, relativo às doenças e lesões preexistentes."

Art. 2º Suprima-se da Lei nº. 9.656, de 1998, o inciso V, do art. 12.

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

JUSTIFICAÇÃO

A existência de uma norma jurídica que ordene e discipline as atividades das operadoras de planos de saúde, bem como a sua relação com os beneficiários, foi medida de grande alcance social e democrático.

De fato, até a entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 1998, imperava nesse setor a lei da selva. Os contratos oferecidos aos usuários de planos de saúde continham cláusulas de difícil compreensão para o leigo, eram recheados de termos técnicos e de dispositivos capciosos que, ao final, tinham como função negar ao adquirente aquilo que ele acreditava ter comprado: direito a atenção digna e eficaz para seus problemas de saúde.

A entrada em vigor do citado diploma jurídico representou um grande passo para o estabelecimento de regras claras e estáveis e de um processo de expulsão do mercado das empresas não confiáveis e sem

capacidade para honrar seus compromissos.
Isso, entretanto, não significa que a legislação não necessite de aperfeiçoamentos e de revisões periódicas.
Assim, em nosso entendimento, um dos pontos que merecem uma reavaliação por parte do Congresso Nacional é a referente ao estabelecimento de prazos de carência.
Nada nos parece mais injusto e sem razão. Ninguém adoece por que quer e, se adoece, deve ter o seu direito assegurado para receber uma atenção condigna e ter acesso aos exames, procedimentos e tratamentos exigidos.
Estabelecer prazos de carência nos parece uma medida que ignora a imprevisibilidade da doença e que apenas serve para a acumulação de lucros em detrimento da obrigação contratual de fornecer atendimento.
Desse modo, nesta proposição, tenciona-se excluir toda e qualquer possibilidade para estipulação de prazos de carência, salvo a já constante do texto legal relativa às doenças e lesões preexistentes.
Nossa intenção é de resguardar, nesse caso, o direito da empresa operadora de planos no sentido de não ser alvo de pessoas inescrupulosas que, sabendo-se doentes, contratem um plano apenas para usufruir do direito ao atendimento por apenas alguns meses, até que realize a sua cirurgia ou tratamento. Essa prática poderia causar grandes prejuízos às empresas e inviabilizá-las economicamente.
Cremos que essa modificação na lei em vigor ensejará uma maior equanimidade nas relações entre operadoras e beneficiários de planos de saúde e, por isso, esperamos o apoio de nossos Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 04 de Setembro de 2007

Deputado BETO FARO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

.....

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde".
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional".
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes

disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste

artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. " (NR)
"Art. 9º. Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário,

titular ou dependente, até a prova de que trata o caput , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I -.....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde."(NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
.....
Art. 6º. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º. Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 2.901, DE 2008

(Do Sr. Arnon Bezerra)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, a fim de proibir período de carência para exames pré-natal e partos.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Este projeto tem por objetivo alterar a Lei 9.656 de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, a fim de adequar a legislação às necessidades das mulheres brasileiras.

Art. 2º O Art. 12, inciso V, alínea “a”, da Lei nº 9.656/98, passa a vigorar com seguinte redação:

“Art.12.....

V – quando fixar períodos de carência:

prazo máximo de 154 dias para partos a termo de mulheres maiores de 16 anos.”

Art. 3º O Art. 12, inciso V, da Lei nº 9.656/98, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea “d”:

“Art.12.....

V – quando fixar períodos de carência:

.....

prazo máximo de 62 dias para partos pré-termo, para partos de menores de 16 anos ou de mulheres com deficiência física e/ou mental.”

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A Lei nº 9.656, de 1998, constituiu grande avanço para o estabelecimento de regras claras e estáveis para as atividades das empresas operadoras de planos de saúde. Entretanto, ainda há pontos que merecem aperfeiçoamento por parte do Congresso Nacional. Dentre eles, o mais notório é o referente ao estabelecimento de prazos de carência para que gestantes ingressem nos planos de saúde.

O interesse econômico não pode ser o único critério para definir prazos legais de carência. O pré-natal é uma assistência imprescindível à mulher, fundamental para diagnosticar doenças preexistentes e para garantir a saúde do bebê. Como a maioria dos partos ocorre em torno de 38 semanas (266 dias), o prazo de carência de 300 dias inviabiliza qualquer pretensão da gestante em ingressar num plano de saúde a fim de garantir melhores condições para o nascimento de seu filho. Isso sem contar que uma gravidez inesperada pode demorar até 16 semanas para ser detectada. Logo no momento em que mais precisa, a mulher brasileira não pode contar com os planos de saúde. Ainda há os casos das chamadas gestações de risco, as quais correspondem a quase 10% do total e demandam mais assistência e, evidentemente, custos muito maiores a fim de que as condições de risco sejam minimizadas.

Por isso, urge a necessidade de diminuir os prazos de carência a fim de atender as necessidades de saúde da mulher brasileira. O prazo de 154 dias leva em consideração que a mulher, mesmo levando 16 semanas para perceber a gravidez,

pode tranqüilamente ingressar em um plano de saúde para fazer seu parto ou, se detectar no início, pode ter coberto todo o seu pré-natal. Como a lei é omissa em relação aos partos pré-termo, o que pode gerar uma interpretação tanto a favor como contra a paciente, considerou-se oportuno incluir o prazo máximo de carência de 62 dias para esses casos a fim de garantir também o atendimento aos bebês prematuros, bem como assegurar que partos de menores de 16 anos ou de mulheres com deficiência física e/ou mental, que naturalmente configuram potenciais partos de risco, estejam cobertos nesse período mínimo de carência.

Apesar de a mensalidade média de um plano de saúde demorar mais de 20 meses para cobrir todas as despesas com exames pré-natal e parto, não se pode ter em vista apenas esse critério econômico para a prestação de serviços de saúde que são concessões do Estado a terceiros. Embora haja a preocupação em resguardar a salutabilidade das empresas operadoras de planos de saúde, no sentido de preservá-las de pessoas inescrupulosas que utilizem seus serviços por curto período de tempo apenas para atender necessidades preexistentes, acredita-se que a gestação é um período fundamental para a mulher e também uma excelente oportunidade para as empresas fidelizarem-na como cliente permanente.

É no sentido de atender as necessidades das mulheres e mães brasileiras, sem inviabilizar economicamente as operadoras dos planos de saúde, que solicito o apoio de todos nossos ilustres pares para a aprovação deste importante projeto de lei.

Sala das Sessões, em 27 de fevereiro de 2008.

Deputado **ARNON BEZERRA**
PTB/CE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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, a contratação e a vigência de planos ou seguro privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assitencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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 diagnostica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
I - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**

.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o

disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais

de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste

artigo." (NR)
"Art. 21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem

solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

.....
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração

quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado

de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
Art. 4º A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 4º .....
.....
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
.....
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
.....
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde;
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
.....
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

....." (NR)
"Art. 10. .....
.....
§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.
§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.
....." (NR)
Art. 13. .....
.....
IV - .....
.....
p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
q) Associação Médica Brasileira;
V - .....
a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
b) das empresas de medicina de grupo;
c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
d) das empresas de odontologia de grupo;
e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:
a) de defesa do consumidor;
b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
.....
§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)
"Art. 20. .....
.....
§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.
§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.
§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.
§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.
§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos." (NR)
"Art. 21. .....
.....
§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei." (NR)
"Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.
§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.
§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)
Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:
"§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas." (NR)
Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 3.473, DE 2008

(Do Sr. Paulo Magalhães)

Obriga as instituições de saúde ao atendimento de emergência de beneficiário sem exigência de pagamento do respectivo plano de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 11A. É vedada a exigência, por parte de estabelecimento de saúde, de comprovação de pagamento da mensalidade do beneficiário de plano de saúde nos

casos de atendimentos de emergência ao próprio beneficiário ou a qualquer de seus dependentes.

Parágrafo único. Nos casos citados no caput o estabelecimento de saúde apenas pode solicitar documento de identidade e de vinculação à respectiva operadora de planos de saúde."

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

JUSTIFICAÇÃO

Os meios de comunicação trazem amiúde notícias de pacientes, vinculados a planos de saúde, que tiveram atendimento de emergência negado por conta de o estabelecimento de saúde exigir prova de quitação da mensalidade.

Essa situação constitui um verdadeiro absurdo, porquanto coloca a vida de pessoas em risco. Nem sempre podemos comprovar ou portar comprovantes de quitação desse tipo e nem por isso deixaremos de fazer jus ao atendimento necessário para casos em que há risco de morte.

Tal prática consubstancia-se como mais uma das muitas agruras a que são submetidos os usuários de planos de saúde. Trata-se de uma luta, com diz o ditado popular, "do rochedo com o mar". O usuário, nesse caso, fica na posição do marisco que nada tendo a ver com essa disputa, termina por sofrer as conseqüências.

As operadoras, de um lado, recusam-se a pagar por atendimentos prestados a usuários inadimplentes. Os estabelecimentos, de outro, temerosos de não receber por tal atendimento, colocam obstáculos que põem em risco a vida do indivíduo.

Entendemos, assim, que cabe ao Poder Público intervir para que se preserve a vida e a saúde da população e que se garanta o pronto atendimento em situações de emergência.

Isto posto, entendendo tratar-se de medida justa e de grande alcance social, esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares para sua aprovação em ambas as Casas do Congresso Nacional.

Sala das Sessões, em 28 de maio de 2008.

Deputado PAULO MAGALHÃES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do

conhecimento prévio do consumidor.
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:
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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional".
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II- .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III.....
.....
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;
.....
V– .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)

"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art.21.....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art.22.....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem

prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do

contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o

direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras

de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
.....
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 4.016, DE 2008

(Da Sra. Sueli Vidigal)

Dispõe sobre a obrigatoridade de afixação de aviso sobre o direito do idoso de ter acompanhante nas Unidades de Saúde do SUS.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º As unidades de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS ficam obrigadas a afixar, em local fácil e visível ao público, aviso sobre o direito do idoso a ter acompanhante por ocasião de internação ou observação, com os seguintes dizeres:

"Ao idoso, internado ou em observação, é assegurado o direito a

acompanhante em condições adequadas para sua permanência em tempo integral, conforme orientação médica.

Lei nº ..... de ..... de ..... de 2008."

Art. 2º As despesas, decorrentes da execução da presente Lei, correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente e, se necessário, suplementadas.

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta lei sessenta dias da data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal prevê em seu artigo 230 que "a família, a sociedade e o **Estado** têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida." (foi grifado)

Ressalte-se, por pertinente, que é dever do Estado editar leis e promover políticas públicas visando à satisfação das necessidades básicas da população idosa, assim como o dever da sociedade de amparar e buscar sua efetivação.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) foi concebido visando garantir existência mais digna às pessoas acima de sessenta anos, reconhecendo-as diante de sua peculiar condição etária. Para tanto, alberga dispositivos de proteção aos direitos fundamentais dos idosos.

Não obstante, desde sua vigência encontra dificuldades para sua efetiva e pragmática execução.

Muito embora esteja garantido, no artigo 16 do mencionado Estatuto, o direito do idoso de ter acompanhante em tempo integral nos casos de internação ou observação em estabelecimento de saúde, esse direito não vem sendo exercido, nem garantido.

O desconhecimento por parte dos beneficiários, bem como a rotina alucinante dos órgãos de saúde, são impeditivos para que a informação seja de domínio público e de continuada e permanente utilização da prerrogativa legalmente prevista.

A presente proposição tem esse intuito, qual seja, dar ciência a todos os idosos, bem como àqueles que os conduzem às unidades de saúde do SUS, da previsão legal do benefício que gozam todas as pessoas idosas. Ratifica-se, assim, a extrema importância na disseminação de uma nova racionalidade, destinada a valorizar essa fase da vida, com o respeito aos direitos e garantias insculpidos na Carta Maior e na legislação infraconstitucional.

Diante do todo exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres Pares

para a aprovação da presente propositura.

Sala das Sessões, em 03 de setembro de 2008.

Sueli Vidigal
Deputada Federal - PDT/ES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO VII
DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DO IDOSO

.....

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.
§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.
§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

CAPÍTULO VIII
DOS ÍNDIOS

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.
§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.
§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.
§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.
§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.
§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, *ad referendum* do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.
§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.
§ 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º

.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1 DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

.....

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.393, DE 2008

(Da Sra. Vanessa Grazziotin)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º Ficam obrigadas as operadoras de planos de saúde a ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS), caso seu beneficiário ou dependente utilizar quaisquer serviço da rede pública de saúde, que esteja previsto em contrato firmado com pessoa jurídica de direito privado.

Parágrafo Único O valor ressarcido será correspondente à tabela de procedimentos

do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Após realizado o procedimento, o SUS deverá encaminhar cobrança à operadora de plano de saúde que, deverá efetuar o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias.

§ 1º Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto, serão acrescidos:

I – juros de mora;

II – multa de mora.

§ 2º Se o pagamento não tiver sido efetuado no prazo de três meses, poderá a Agência Nacional de Saúde (ANS) cobrar o valor devido judicialmente.

Art. 3º O valor auferido será recolhido à instituição pública e/ou privada conveniada ao SUS que realizou o procedimento.

Art. 4º Os procedimentos serão reajustados de acordo com o princípio da anualidade.

Art 5º As operadoras de planos de saúde deverão enviar anualmente a relação de contratantes à Agência Nacional de Saúde (ANS).

Parágrafo Único: Os dados são sigilosos e, em caso de divulgação indevida, responderá o infrator penalmente por seus atos.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com o escopo de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

O SUS é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O Estado brasileiro, embora tenha o dever de garantir saúde aos cidadãos, permite que a iniciativa privada preste serviços de assistência à saúde, cuja atividade é regulada pela Lei nº 9.656/96.

Com essa possibilidade, um grande número de brasileiros e brasileiras com maior poder aquisitivo têm firmado um negócio jurídico com as operadoras de planos de saúde privadas.

Entretanto, em muitos casos, clientes de planos de saúde privados são atendidos emergencialmente em unidades de saúde credenciadas no SUS, criando, no mínimo, uma situação extremamente polêmica, qual seja: as operadoras de planos de saúde enriquecem, pois seu beneficiário ou dependente, ao não se utilizar de seus serviços, contribui para um aumento patrimonial injustificado da empresa, já que esta deixa de contabilizar o custo financeiro da operação, quando não cumpre o compromisso estabelecido contratualmente.

Ademais, este fato também gera prejuízos àqueles que não têm condições de pagar

planos de saúde privados. É intuitivo que, ao atender pacientes que têm planos de saúde privados, outros deixam de ser atendidos, sobretudo aqueles que necessitam do SUS para ter acesso à saúde.

Por estas razões, nada mais justo e moral que as operadoras de planos de saúde tenham o dever de ressarcir o SUS em caso de procedimentos previstos contratualmente sejam realizados pela rede pública.

Diante do exposto, pedimos o apoio de nossos pares para a aprovação desse Projeto de Lei, cujo escopo é garantir que as distorções acima descritas sejam corrigidas, bem como garante maior justiça e sensibilidade social.

Sala das Sessões, 26 de Novembro de 2008.

Deputada Vanessa Grazziotin
PCdoB/AM

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras providências.

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
.....
.....

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde, e dá outras providências.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
I - a Conferência de Saúde; e
II - o Conselho de Saúde.
§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.
§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto

por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.
Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:
I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
III - investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;
IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.
Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.
.....
.....

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.
§ 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:
I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;
II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
§ 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.
§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:
I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;
II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.
Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde".

*** Ver Medida Provisória 2177-44, de 24 de Agosto de 2001.**

.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

§1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos,

independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. " (NR)
"Art. 9º. Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I -.....

.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde."(NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de

reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)

"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)

"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição

de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art.21.....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou

em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário."(NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários."(NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS."(NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos,

consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou

sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de

cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU."

(NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena

de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
.....
Art. 6º. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º. Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 5.024, DE 2009

(Do Sr. Clóvis Fecury)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", proibindo as operadoras de exigirem autorização prévia para a realização de procedimentos prescritos por médico.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

O art. 12 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

“Art. 12. .....

§ 3º Em todas as segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, bem como no plano-referência previsto no art. 10, é proibido à operadora condicionar a realização de qualquer procedimento à autorização, cabendo ao médico responsável decidir qual o procedimento indicado ao seu paciente.”

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

JUSTIFICAÇÃO

É conduta usual das operadoras de planos de saúde exigir autorização para que o usuário submeta-se a exames, tratamentos, cirurgias e demais procedimentos. Tal conduta tem, no mais das vezes, o objetivo de criar obstáculos a que o usuário goze de um direito contratual. Adicionalmente, representa uma clara e indevida interferência na relação médico-paciente, pois coloca em questão a competência, a honestidade e a autonomia do profissional.

Ora, a quem cabe decidir se um determinado procedimento deve ou não ser executado? Ao médico que, supõe-se, acompanha e conhece seu paciente ou a um atendente, por vezes funcionário terceirizado da operadora?

A proposição que oferecemos à apreciação e avaliação do Parlamento visa, assim, proibir terminantemente essa prática, recolocando no médico — profissional com formação para tanto — a responsabilidade pela orientação ao paciente sobre qual a melhor conduta em face de seu quadro.

Propomos, dessa forma, que em todas as segmentações previstas na legislação, bem como no plano–referência igualmente previsto, fique proibida tal conduta condenável e lesiva aos interesses de médicos e, principalmente, dos pacientes.

Desse modo, esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares em ambas as Casa do Congresso Nacional para a aprovação dessa importante medida.

Sala das Sessões, em 08 de abril de 2009 .

Deputado CLÓVIS FECURY

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças

relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;
VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.
§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.
** Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/05/2001.*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:
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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;
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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;
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;
VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:
I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;
II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
***Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 .**
.....

.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos

assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I - .....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III.....

.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§ 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.
§ 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." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde." (NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.

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." (NR)

"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 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.

§ 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.

§ 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.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)

"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

.....

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)

"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput,** a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o **caput** deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art.21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou

insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)
"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;
.....
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)
"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.
§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse

na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6 º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)

"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores,

prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
.....
Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 5.143, DE 2009

(Do Sr. Waldir Neves)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde com a inclusão da inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os prazos de carência contratado pelo adotante ou guardião.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre a inclusão em planos de saúde de criança ou adolescente adotando ou sob guarda.

Art. 2º O Art. 12, inciso VII da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.12.....

VII - inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante ou guardião (NR).”

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

JUSTIFICAÇÃO

A legislação referente aos planos de saúde tem trazido diversos problemas e entraves para a inscrição de crianças sob guarda ou em processo de adoção. Muitas vezes tais processos se prolongam e a criança já está na companhia dos adotantes, embora ainda não haja a sentença de adoção. Os planos de saúde não permitem que a criança a ser adotada seja inscrita no plano de seus futuros adotantes, muito embora já sejam eles que arquem com todas as despesas decorrentes de seus eventuais problemas de saúde.

Também existem inúmeros casos em que a criança não será adotada, mas permanecerá constantemente sob a guarda de uma pessoa, gerando despesas com saúde, o que é uma situação que deve receber toda proteção possível da legislação, como manda a Constituição Federal.

Não há motivo para não permitir que seja inscrita a criança adotanda e a criança sob guarda no plano de saúde do adotante ou guardião, já que a relação de dependência econômica e a relação familiar é análoga à do filho.

Também não vislumbramos motivos para a legislação impedir a inscrição com dispensa de carência para os adolescentes adotados, adotandos ou sob guarda. A exclusão dos maiores de doze anos da dispensa de carência é injustificável, razão pela qual se impõe a modificação que ora propomos. A lei não pode distinguir, sem ferir o princípio constitucional da isonomia, entre os filhos adotados crianças ou adolescentes.

Nossa proposta cumprirá as exigências da proteção integral à criança e adolescente, que é dever do Estado, conforme o art. 227 da Constituição Federal.

Por ser inegável aperfeiçoamento que trará benefício apreciável a inúmeras famílias brasileiras, conclamamos os Nobres Pares a aprovarem esta proposição.

Sala das Sessões, em 29 de abril de 2009.

Deputado Federal WALDIR NEVES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO VII
DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DO IDOSO

.....

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo aos seguintes preceitos:

I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

I - idade mínima de quatorze anos para admissão ao trabalho, observado o disposto no art. 7º, XXXIII;

II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas;

III - garantia de acesso do trabalhador adolescente à escola;

IV - garantia de pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na relação processual e defesa técnica por profissional habilitado, segundo dispuser a legislação tutelar específica;

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

VI - estímulo do poder público, através de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, nos termos da lei, ao acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente órfão ou abandonado;

VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

§ 5º A adoção será assistida pelo poder público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

§ 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

§ 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204.

Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.

.....
.....

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

.....

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

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

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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;

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;

VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

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

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:

I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;

II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.
§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional".
§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.
Art. 13 - Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.
Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:
I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;
II - são vedadas:
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.
*** Vide Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de Agosto de 2001.**
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
.....
§1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. " (NR)
"Art. 9º. Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
§1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput , na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)
"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
I -.....
.....
b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
II - .....
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;
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;
.....
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;
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
.....
III - .....
.....
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;
.....
V - .....
.....
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;
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;
.....
§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.
§ 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." (NR)

"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput , contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde."(NR)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)
"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:
.....
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - o regime, ou tipo de contratação:
a) individual ou familiar;
b) coletivo empresarial; ou
c) coletivo por adesão;
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;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - número de registro na ANS.
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." (NR)
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor." (NR)
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput , contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo." (NR)
"Art.21.....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa." (NR)
"Art. 22. .....
§1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade." (NR)
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)
"Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)
"Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário."(NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários."(NR)

"Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS."(NR)

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias." (NR)

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....
§5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos

encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo." (NR)
"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez

aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990." (NR)
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores." (NR)
Art. 2º. Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
Art. 3º. O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.
.....
Art. 6º. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.
Art. 7º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º. Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

PROJETO DE LEI N.º 5.730, DE 2009

(Do Sr. Geraldo Resende)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica revogado o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”.

Art. 2º O inciso III do art. 35-C da Lei 9.656, de 3 de julho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“III – de planejamento familiar, incluindo a reprodução assistida” (NR).

Art. 3º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A garantia às pessoas de condições de bem-estar físico, mental e social integra as ações de saúde, como explicita a legislação brasileira, em especial a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das ações e serviços de saúde.

A saúde sexual e reprodutiva tem sido amplamente reconhecida como direito humano em âmbito internacional, na medida em que permite a realização plena do indivíduo.

A impossibilidade de conceber naturalmente é motivo de angústia e intenso sofrimento para inúmeras pessoas, com reflexos psíquicos muito importantes. Além de casos de infertilidade, a possibilidade de recorrer às diferentes técnicas de reprodução assistida é essencial também para pessoas férteis que apresentam risco de gerar filhos com anomalias congênitas ou de transmitir a eles doenças infecto-contagiosas, das quais a Aids é um bom exemplo.

A Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, o reconhece

como direito de todo cidadão. Conceitua planejamento familiar não apenas como métodos para limitação da prole, mas como forma de regulação da fecundidade de modo a se permitir sua constituição ou aumento. A Portaria nº 426, de 22 de março de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida. O Sistema Único de Saúde já dispõe de serviços de reprodução assistida.

Assim, nada mais justo que, dentro da visão de integralidade de cuidado, as operadoras de seguros e planos privados de saúde também incorporem as diversas técnicas de reprodução assistida entre os serviços básicos oferecidos no plano-referência aos seus usuários.

Desta maneira, apresentamos este projeto, com vistas a alterar a Lei nº 9.656, que trata dos planos e seguros privados de saúde, eliminando as restrições de acesso à reprodução assistida, bem como estendendo o direito ao planejamento familiar através de todas as técnicas disponíveis e reconhecidas como seguras.

Sala das Sessões, em 06 de agosto de 2009.

Deputado Geraldo Resende

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº*

2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
.....
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior,

se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.
.....
.....

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo o cidadão, observado o disposto nesta Lei.
Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.
Parágrafo único. É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico.
.....
.....

PORTARIA Nº 426/GM EM 22 DE MARÇO DE 2005

Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.
O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando a necessidade de estruturar no Sistema Único de Saúde - SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita atenção integral em reprodução humana assistida e melhoria do acesso a esse atendimento especializado;
Considerando que a assistência em planejamento familiar deve incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, cientificamente aceitos, de acordo com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;
Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS e sociedades científicas, aproximadamente, 8% a 15% dos casais têm algum problema de infertilidade durante sua vida fértil, sendo que a infertilidade se define como a ausência de gravidez após 12 (doze) meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção;
Considerando que as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras;
Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários; e
Considerando a necessidade de estabelecer os critérios mínimos para o credenciamento e a habilitação dos serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida na rede SUS,
R E S O L V E:
Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Art. 2° Determinar que a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida seja implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:
I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;
II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças;

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil;
V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização - PNH.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.483, DE 2009

(Do Sr. Augusto Carvalho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os §§ 1º, 2º, 3º, 5º e 6º, do art. 32, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. (...)

§ 1º O ressarcimento a que se refere o *caput* será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria e legislação específica de ressarcimento das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS. (NR)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS ou órgão/entidade prestadora de serviços disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (NR)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS ou órgão/entidade prestadora de serviços, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso. (NR)

.....

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS ou do órgão/entidade prestadora de serviços, a qual

compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (NR)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora será revertido àquele que proceder a cobrança, o Fundo Nacional de Saúde ou o Fundo de Saúde da unidade prestadora dos serviços. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e determina que sejam ressarcidos pelas operadoras dos produtos os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

Submetem-se às disposições da lei todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, cooperativas que operem produtos, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A lei define que cabe aos planos privados de assistência à saúde a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

O objetivo da presente proposta é promover alteração na norma e possibilitar que os Estados e o Distrito Federal participem, juntamente com a Agência Nacional de Saúde, da cobrança dos valores a ser ressarcidos, vez que esta competência está a cargo apenas da ANS, cujas dificuldades encontradas para efetuar essas cobranças são conhecidas, pois resultam tanto da oposição das operadores ao pagamento (oposição materializada, aliás, por uma Ação Direta de Inconstitucionalidade no STF, em face do mencionado no art. 32 da citada lei), quanto da opção legislativa de centralização da cobrança na esfera de atribuição da Agência, o que dificulta a atuação da entidade.

A Constituição Federal de 1988 ampliou os direitos sociais dos cidadãos, especialmente em relação à saúde, que é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Estabelece, ainda, a Carta Magna, no art. 197, que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas podem participar, de forma complementar, do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mas é constitucionalmente vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

É sabido que a população brasileira cresceu numa proporção demasiadamente superior à expansão da estrutura física e do contingente de recursos humanos da rede pública de saúde do País, o que provocou uma sobrecarga nos serviços prestados pelo Governo. Recentes pesquisas do IBGE anotam que o Brasil já possui uma população de mais 190 milhões de pessoas.

Nesse sentido, outro não é o espírito do projeto senão o de contribuir para a melhoria da prestação dos serviços de saúde pelo oferecimento de um instrumento legal capaz de assegurar aos Estados o devido ressarcimento por serviços cuja prestação constitui obrigação contratual das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, que acabam sendo prestados pela rede pública o que, além de onerar os cofres estaduais, caracteriza-se enriquecimento indevido das operadoras, pois estas são remuneradas para prestar tais serviços aos associados.

O repasse às Unidades Federadas do valor cobrado a ser ressarcido pelas operadoras dos produtos e serviços de atendimento à saúde é de responsabilidade da ANS. Contudo, além do insignificante valor repassado em face dos custos dos atendimentos prestados pelos órgãos estaduais de saúde, não há regularidade nesses repasses.

Desta maneira, a proposição pretende oferecer capacidade legal aos Estados-membros e ao Distrito Federal para editar normas específicas que tratem da forma de cobrança dos valores devidos pelas empresas operadoras, pois a competência concorrente de legislar sobre proteção e defesa da saúde é assegurada pela Constituição brasileira (art. 24, XII).

Por todo o exposto, são estas as razões que me levam a conclamar o apoio dos nobres pares para a acolhida da presente proposição.

Sala das Sessões, em 24 de novembro de 2009.

Deputado AUGUSTO CARVALHO
PPS-DF

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1988

.....

TÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO

.....

CAPÍTULO II
DA UNIÃO

.....

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:
I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico;
II - orçamento;
III - juntas comerciais;
IV - custas dos serviços forenses;
V - produção e consumo;
VI - florestas, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição;
VII - proteção ao patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico;
VIII - responsabilidade por dano ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico;
IX - educação, cultura, ensino e desporto;
X - criação, funcionamento e processo do juizado de pequenas causas;
XI - procedimentos em matéria processual;
XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;
XIII - assistência jurídica e defensoria pública;
XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;
XV - proteção à infância e à juventude;
XVI - organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis.
§ 1º No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais.
§ 2º A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados.
§ 3º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades.
§ 4º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário.

CAPÍTULO III
DOS ESTADOS FEDERADOS

Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.
§ 1º São reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição.
§ 2º Cabe aos Estados explorar diretamente, ou mediante concessão, os serviços locais de gás canalizado, na forma da lei, vedada a edição de medida provisória para a sua regulamentação. *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 5, de 1995)*
§ 3º Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas

que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.
§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. *(Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*
§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;
II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*
§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
I – os percentuais de que trata o § 2º;
II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*
§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*
§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*
§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*

.....
.....

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de

procedimentos a ser aprovada pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.677, DE 2009

(Do Sr. Leandro Sampaio)

Altera a redação do art. 30 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4844/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4844/2001 o PL 6677/2009, o PL 7694/2014, o PL 5532/2016 e o PL 8163/2017, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 30 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a viger com a seguinte redação:

“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que

gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

.....

§ 7º Os direitos assegurados neste artigo ao ex-empregado dependerão do pagamento integral das contribuições contratuais devida ao plano, que deverão ser suportadas pela empresa e pelo trabalhador, na mesma proporção estabelecida na vigência do contrato de trabalho, até o limite de seis meses para o empregador e enquanto durar a condição de beneficiário para o ex-empregado.” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A Lei n.º 9.656, de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), com a redação dada pela Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, assegurou ao ex-empregado o direito de manter-se como beneficiário do plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

A medida, no entanto, vem se revelando insuficiente, pois a manutenção do benefício depende de o empregado assumir integralmente o custeio do plano ou seguro de saúde. No entanto, o trabalhador demitido tem que, imediatamente, promover um corte de despesas no seu orçamento, de modo a enfrentar a nova realidade. Nesse ajuste, compreensivelmente, as despesas com o plano de saúde são justamente as primeiras a serem suprimidas, até porque o demitido tem esperança de que o desemprego seja transitório e que, em breve, possa encontrar um novo emprego e se encaixar em novo plano de saúde. Mais se impõe a necessidade de o trabalhador fugir ao pagamento das despesas com o plano, porque, sem mais ter a expectativa de receber salário no final do mês, ele terá, ainda, que bancar a sua contribuição e a do ex-empregador. Nesses circunstâncias, não é de se admirar que os objetivos perseguidos pela Lei dos Planos de Saúde em relação aos empregados demitidos não tenham ainda sido alcançados.

Assim, além de ser privado dos serviço do plano de saúde enquanto está desempregado, o trabalhador, ao encontrar novo emprego, tem que aderir novamente a um plano, pagando um preço alto por ter interrompido o plano anterior e por ter de começar do zero no cumprimento de todas as exigências do novo contrato.

A alteração que propomos na lei é medida suplementar que corrige esse ponto, permitindo que o trabalhador demitido mantenha-se de fato no sistema, dividindo os custos, por até seis meses, com o ex-empregador. Trata-se de um benefício transitório de auxílio ao empregado demitido e que vem constando com frequência na maioria das convenções coletivas que hoje se celebram. Na verdade, a proposta apenas estende um benefício corrente no mercado de trabalho às categorias menos organizadas e é perfeitamente compatível com os conceitos da moderna relação de trabalho.

Pelo exposto, pedimos aos nobres pares o apoio necessário à aprovação da proposta.

Sala das Sessões, em 17 de dezembro de 2009.

Deputado Leandro Sampaio

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44,*

de 24/8/2001)
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.
§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.821, DE 2010

(Do Senado Federal)

PLS nº 317/2007
OF. nº 167/2010

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para permitir a cobertura de despesas de acompanhante de paciente idoso, regulamentando o art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

PL - 6821/2010

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para permitir a cobertura de despesas de acompanhante de paciente idoso, regulamentando o art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. .....

.....

II – .....

.....

g) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes idosos, nos termos do que dispõe o art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, e de pacientes com deficiência, desde que atenda recomendação médica expressa;

....." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Senado Federal, em 10 de fevereiro de 2010.

Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

vpl/pls07-317t

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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)*

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;

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)*

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 qüinquagésimo 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)*

.....

.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.
Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.
Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:
I - pelo curador, quando o idoso for interditado;
II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.590, DE 2010

(Do Sr. Vital do Rêgo Filho)

Dispõe sobre a escolha do prestador de serviço pelo usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-156/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica assegurado ao usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde, a livre escolha do prestador de serviço ou profissional da saúde, independentemente da vinculação deste, com a operadora de plano ou seguro privado de assistência a saúde, com a qual o usuário mantenha relação contratual.

§ 1º As despesas decorrentes da utilização dos serviços do prestador de serviço ou profissional da saúde, serão reembolsadas pelas operadoras de planos e seguros

privados de assistência à saúde ao respectivo usuário, nos mesmos patamares das tabelas de preços praticados pelas operadoras relativamente aos prestadores de serviços e profissionais da saúde a ela vinculados.

§ 2º Eventuais diferenças pecuniárias decorrentes da contraprestação do reembolso das despesas, pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, ao respectivo usuário será de responsabilidade do próprio usuário do plano ou seguro privado de assistência à saúde, devendo ser tratada diretamente entre o usuário e o prestador de serviços ou profissionais da saúde.

§ 3º Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico derivados do atendimento de prestadores de serviços ou profissionais da saúde, não vinculados ao plano ou seguro privado de assistência à saúde, com o qual o usuário mantiver contrato, serão prestados regularmente dentro do plano ou seguro privado de assistência à saúde do usuário, tendo como parâmetro para operacionalização dos serviços, o registro do usuário junto ao plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Art. 2º Caberá à operadora do plano ou seguro privado de assistência à saúde adotar as providências necessárias à operacionalização dos procedimentos decorrentes da escolha, pelo usuário, do prestador de serviços bem como dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Art. 3º Inclui-se na abrangência da escolha do prestador de serviço pelo usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde, a cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar.

Art. 4º O Poder Executivo fixará as demais normas regulamentadoras para operacionalizar a presente lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os usuários dos planos de saúde, na forma como atualmente os planos estão estabelecidos, ficam tolhidos em sua liberdade de escolha em relação ao prestador de serviço e, muitas vezes, têm de sujeitar-se a optar por prestadores que não satisfazem as suas expectativas e necessidades, tendo em vista as limitações impostas pelo plano ao qual estão vinculados.

Ademais, isso cria obstáculo intransponível à observância da relação médico-paciente, como ocorre em muitos casos quando o profissional eventualmente migra para plano de saúde diverso daquele que o paciente iniciou um tratamento específico. Evidencia-se, claramente, que a ausência da liberdade de escolha ainda impõe um ônus que afeta até mesmo o Código de Ética Médica, pois o paciente, nesse caso, fica à mercê de continuar seu tratamento com outro profissional com o qual não desenvolveu ou teve qualquer contato anterior.

Ainda, dependendo dos cuidados que o paciente deve ter ou das recomendações a ele estabelecidas ou prescritas, se por ventura houver mudança no quadro de profissionais que atendem certo plano de saúde, aquele que padeça de cuidados

médicos talvez acabe precisando de se submeter a novas baterias de exames para continuar um tratamento ou iniciar um novo, porque nem sempre os profissionais adotam a mesma postura nas avaliações médicas ou na condução de determinados tratamentos.

Nesse sentido, deve ser garantida a esses usuários a possibilidade de ver suas expectativas e necessidades de atendimento por parte do prestador de serviços serem respondidas a contento, independentemente de sua vinculação à uma operadora específica de plano de saúde.

Deve o poder público garantir aos usuários de planos de saúde o acesso a mais ampla rede de prestadores de serviços disponível, de forma irrestrita, uma vez estando o usuário vinculado a alguma operadora de plano de a saúde ou de seguro privado de assistência à saúde, evitando-se que este seja prejudicado em seu direito de escolha por limitações na rede de conveniados das operadoras dos planos de saúde ou seguros privados de assistência à saúde.

É fundamental a garantia do direito de escolha do prestador de serviços ou profissional médico ao usuário que se vincula a um plano de saúde, pois o usuário tem o direito ao acesso à saúde, e este direito não pode ser tolhido ou limitado, seja por quais razões forem, pois este se configura na possibilidade do usuário poder escolher livremente o prestador ou profissional médico que melhor lhe trouxer benefícios.

Desta forma, o presente projeto Lei, busca viabilizar ao usuário a opção pelo prestador de serviço de sua confiança ou, com o qual este se identifique melhor, sendo-lhe garantida a cobertura assistencial adequada pelo plano a que estiver vinculado, sanando as limitações de escolha e eventual precariedade no atendimento. Por estes motivos espero poder contar com o apoio dos meus pares, no sentido da aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 06 de julho de 2010.

Deputado VITAL DO RÊGO FILHO

PROJETO DE LEI N.º 7.594, DE 2010

(Do Sr. Fábio Faria)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" para permitir a inclusão de enteados com beneficiários.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5143/2009.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

“Art. 12. .....

.....

§ 3º Tanto para o plano-referência a que alude o art. 10, como para as segmentações previstas neste artigo, é facultada a inscrição de enteados do beneficiário, menores de idade, desde que comprovada a dependência financeira.”

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

JUSTIFICAÇÃO

É por demais sabido que a família vem sofrendo transformações drásticas, ao longo dos últimos decênios.

Atualmente, é muito comum a convivência de filhos havidos em outras uniões, de ambos os lados, com filhos gerados na união presente.

Ocorre, muitas vezes que tais crianças ou adolescentes passem a ser criados e a depender financeiramente do padastro ou madastra e por eles é assumido também do ponto de vista afetivo, reconhecendo-o como seu verdadeiro pai ou mãe.

Nada mais justo, portanto, que a lei reconheça tais situações de fato como de direito e faculte aos beneficiários de planos privados de saúde a inscrição de enteados, como dependentes.

Cremos que essa medida em muito contribuirá para uma pacificação de situações constrangedoras que ocorrem, quando meio-irmãos e filhos de pais diferentes, mas que coabitam sob uma mesma unidade familiar têm direitos e, assim, acesso diferenciado a ações e serviços de saúde.

Imaginemos uma situação em que um acidente de carro obrigaria a uma família a ter que optar por qual filho atender primeiro, já que os mesmos não podem ser atendidos no mesmo hospital.

Isto posto, esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares para aprovação essa medida que, sem sombra de dúvidas, contribuirá a harmonia das famílias e para um atendimento à saúde mais equilibrado no seu seio.

Sala das Sessões, em 06 de julho de 2010 .

Deputado FABIO FARIA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS – CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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)*
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;
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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.762, DE 2010

(Do Sr. Chico Lopes)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos § 4° e 5° ao art. 12; art. 16-A e inciso I, § 7° ao art. 30, com a seguinte redação.

Art. 12 –.....

§ 4° – A recusa à cobertura assistencial por parte da operadora, compreendendo a negativa de procedimentos, exames, internamento ou conduta similar que venha a ser prescrita pelo profissional de saúde, deve ser realizada por escrito e de forma justificada ao paciente, por ocasião da resposta a sua solicitação.

§ 5° – Do documento referido no parágrafo acima deverá constar, de forma obrigatória, o fundamento legal e contratual da negativa de procedimento, o responsável pela análise técnica e a data em que esta ocorreu entre outros itens que possam ser regulamentados.

§ 6° – Trimestralmente as operadoras informarão à ANS, ao Conselho Nacional de Medicina e aos órgãos estaduais de proteção e defesa do consumidor o número de procedimentos negado, a modalidade e a justificativa.

Art. 16. A – As operadoras estão obrigadas a ofertar aos usuários todas as modalidades de planos ou seguros de saúde previstos nas alíneas a, b e c do inciso VII do art. 16.

I – Ao beneficiário do plano de saúde coletivo será assegurada a migração, a qualquer tempo, para o plano individual, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava do contrato coletivo, sem cumprimento de novo prazo de carência, desde que assuma o pagamento integral do plano.

II – A migração de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do plano de saúde coletivo.

Parágrafo único. O contrato a ser firmado pelo usuário do plano de saúde individual em virtude da migração a que se refere o inciso I deste artigo será por prazo indeterminado não se sujeitando aos limites temporais previstos no artigo 30, § 1º desta Lei.

Art. 30 –.....

§ 7º – A relação jurídica firmada entre usuários de planos de saúde e a operadora, ainda que firmada através de interposta pessoa, é sempre de natureza consumerista.

§8° - As operadoras se obrigam a ofertar permanentemente a todos os usuários do plano de saúde anteriores a esta lei a adaptação e migração para regras dos planos novos.

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

JUSTIFICAÇÃO

Versa o presente sobre Projeto de Lei que propõe alterar a **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências,** acatando sugestão encaminhada pela **Associação Brasileira de Procon's – PROCONS BRASIL,** que ora endossamos em conformidade com a redação original:

"A proposta de alteração embora vise o favorecimento do consumidor hipossuficiente na relação de consumo que estabelece para com as operadoras dos planos e seguros privados de assistência à saúde, não tem o condão de traduzir efeitos negativos ao contrato e por conseqüência refletir em qualquer desequilíbrio contratual prejuízo a referidas

operadoras.

Ao contrário. Com a aprovação da proposta algumas omissões e distorções, que hoje prejudicam frontalmente o consumidor, parte mais frágil da relação, serão pontuadas e corrigidas de modo a tornar a relação estabelecida entre as partes mais saudável, clara e equilibrada, resultando em indubitável satisfação para ambos.

A alteração pretendida no artigo 12 conclama o direito basilar a informação. Esse direito decorre do inciso III do art. 6º do CDC, que diz expressamente ser direito básico do consumidor *"a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam"*.

Deve o mesmo ser interpretado da forma mais ampla possível, abrangendo, também, o direito a todas as informações que digam respeito ao objeto do contrato. Ou seja, a disposição do art. 6º, III, do CDC, deve ser considerada como um rol exemplificativo, não afastando direito a outras informações decorrentes da relação de consumo.

Não é difícil entender que o usuário do plano de saúde tem direito, quando da contratação, a todas as informações sobre seus direitos e deveres, o que deve compreender, dentre outros, os procedimentos cobertos, a forma para solicitar procedimentos e consultas e a forma para reclamar seus direitos perante a própria empresa.

Quando o usuário requisita consulta ou procedimento, e isso lhe é negado, há o direito à completa informação, abrangendo, em especial, o exato motivo da negativa apontando-se todas as informações relevantes.

A obrigatoriedade de se informar o consumidor de forma precisa, clara e completa decorre naturalmente da qualidade de fornecedor no mercado de consumo. Ainda assim, a Resolução 08/1998 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, através do art. 4º, impôs às operadoras de planos de saúde o dever de *"fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato (...)"*.

Por tudo o que se sustentou até aqui, em especial quanto à extensão do direito à informação, é inequívoco que o usuário tenha direito às informações acima mencionadas, já que são fundamentais para que se possa apurar se realmente o contrato está sendo cumprido, e para que se possa, quando o caso, reclamar uma revisão do pedido.

Mais do que isso, o usuário tem o direito a receber tais informações por escrito, já que isso é medida que permite que ele possa buscar a proteção jurisdicional de seus direitos, de forma adequada e eficaz, conforme garante o art. 6º, VII e VIII, do Código de Defesa do Consumidor.

Em suma, é direito de o consumidor ser informado em tempo razoável, por escrito, de forma justificada, clara, precisa e completa. A alteração prevista no artigo 30 visa proceder a uma correção e conferir maior equilíbrio da relação entre operadoras e usuários de planos de saúde coletivos, na qual, é o consumidor a parte desfavorecida e hipossuficiente.

Hoje, com a vigência da regras de portabilidade dos usuários de planos individuais,

dispõem do benefício de mudar de convênio sem cumprimento de novo período de carência. A medida adotada foi justa e acertada. No entanto, melhor sorte não tiveram, até então, os consumidores de planos de saúde coletivos, excetuando-se os empregados usuários de plano empresariais demitidos sem justa causa ou aposentados com vínculo empregatício de pelo menos 10 (dez) anos. Mesmo nesses casos, contudo, o benefício é concedido mediante limitação temporal de no máximo de vinte e quatro meses.

Não se pode olvidar que tal conduta causa prejuízos ao usuário, especialmente aqueles que estão em meio de tratamentos médicos continuados. Para essas pessoas, o desligamento do plano sem a possibilidade de portabilidade, isenção da carência e cumprimento cobertura parcial temporária, pode significar a morte, pois descobertos, não podem esperar por um novo período.

Além disso, a idéia central da portabilidade é não sujeitar o consumidor ao cumprimento repetido do período de carência. Ou seja, revela-se excessivamente oneroso submeter o consumidor a um novo período de carência após a migração para outro plano.

Importante ainda se faz mencionar a pesquisa realizada recentemente pela PRO TESTE - Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, Corroborando com o que fora até agora traçado, senão vejamos:

"Plano coletivo demora mais para atender

É o que constata pesquisa da PROTESTE sobre plano de saúde. ANS não cobra ampliação da rede de atendimento na proporção do crescimento de usuários.

O consumidor que tem plano de plano de saúde coletivo demora 50% mais do que em um plano individual para conseguir agendar exames ou outro procedimento e 14,3% mais para marcar uma consulta médica. A conclusão é de pesquisa realizada pela PROTESTE Associação de Consumidores, com 500 associados da entidade, sendo 30% com planos individuais e 70% com planos coletivos.

Quanto maior o número de clientes de uma empresa maior o tempo médio de agendamento. Isso pode indicar que não tem havido um crescimento da rede na mesma proporção do aumento do número de clientes. O motivo provável: a Agência Nacional de Saúde Suplementar não cobra aumento na rede de atendimento dos planos na proporção do aumento do número de beneficiários.

Nos planos individuais o consumidor leva, em média, 14 dias para agendamento de consulta e seis dias para marcar um procedimento ambulatorial ou exame. Já nos planos coletivos, esse período sobe para 16 dias para marcar consulta e nove dias para agendamento de procedimentos.

A pesquisa apontou que o tempo médio para o agendamento de consultas na especialidade de clínica geral pode levar até 210 dias e de cardiologia até 180 dias, tempo extremamente elevado. Para agendar a consulta a especialidade de Endocrinologia foi a que apresentou maior tempo médio (24 dias), seguida de Ginecologia (20 dias) e Dermatologia (17 dias).

Ortopedia foi a especialidade que apresentou maior tempo médio para agendamento de exame e procedimentos ambulatoriais (11 dias), seguida de Ginecologia, Cardiologia e Urologia

(nove dias). Para o presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia, Cláudio Santili, este resultado mostra que está na hora de discutir o futuro do atendimento médico.

Usar a rede própria demora mais para atendimento do que a rede credenciada. Os clientes das empresas com rede própria levam, em média, 16 dias para agendar consultas e nove dias para os procedimentos. Os da rede credenciada levam, em média, 12 dias para as consultas e seis para os procedimentos.

O cruzamento de dados entre a pesquisa publicada pela PROTESTE, na edição de fevereiro de 2009 da revista Dinheiro & Direitos, sobre os contratos de planos e seguros de saúde, com os dados deste levantamento identificou que, além da demora, os entrevistados que optam pelas empresas com rede própria tem que arcar com um preço significativamente mais elevado do que aqueles que contam com a rede credenciada.

Dentre os entrevistados, 9% disseram que já teve pedido de autorização negado. A maioria dessas negativas foi para Ortopedia (19%), seguida de Cardiologia (16%) e Ginecologia (14%). Das negativas, 72% foram para procedimentos ambulatoriais, 23% para cirurgias e 2% em ambos os casos.

A PROTESTE defende que os consumidores têm direito à informação clara, adequada e precisa como preconizado pelo Código de Defesa do Consumidor em seu artigo 6, inciso III e que também deve haver por parte da ANS maior rigor quanto ao cumprimento do previsto nos artigos 17, caput, § 1º, § 4º e artigo 18, caput da Lei 9.656, de 3 de Junho de 1998, os quais determinam que os consumidores sejam informados sobre a rede oferecida.

Atualmente as operadoras de planos de saúde e as seguradoras podem aumentar a carteira de clientes sem que para isso tenham a obrigação de ampliar sua rede de atendimento, pois não existe nenhum índice ou parâmetro que determine o número ideal de usuários por quantidade de estabelecimentos de saúde e profissionais vinculados à rede, seja ela própria ou credenciada."

Fonte: http://www.proteste.org.br/planos-de-saude/plano-coletivo-demora-mais-para-atender-s509901.htm.

Dito isso, concluímos relembrando que a lei deve tratar todos os consumidores de forma igualitária, justa e humana e é em razão disso que se propõem mudanças pontuais, porém significativas na legislação em comento.

Estamos certos de que a alteração proposta contribuirá de forma fundamental para o atendimento dos objetivos indicados na Política Estadual das Relações de Consumo".

Em consonância com esse entendimento, visando corrigir as lacunas existentes na atual legislação que trata dos Planos de Saúde e, sobretudo, objetivando ampliar os direitos dos consumidores-usuários desse segmento, é que nos levam a apresentar a presente proposta legislativa, na qual pugnamos aos nobres pares pela sua aprovação.

Sala da Comissão, em 17 de Agosto de 2010.

Deputado CHICO LOPES
Deputado Federal/PCdoB-CE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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)*

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;

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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
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 como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 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)*

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e "e-mail"; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.
§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do

mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:
.....

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO III
DOS DIREITOS BÁSICOS DO CONSUMIDOR

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:
I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;
II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;
III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;
IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;
V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;
VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;
VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;
VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;
IX - (VETADO);
X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.
Art. 7º Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e eqüidade.
Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.
.....
.....

RESOLUÇÃO CONSU N.º 8, DE 4 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03

de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar,
RESOLVE:
Art.1° O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei n.º 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de éticas profissionais, na Lei n.°9 .656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.
§ 1° As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos ou seguros privados de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.
§ 2° Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção `a saúde do consumidor.
Art. 2° Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:
I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;
II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;
III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;
IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;
V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;
VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;
VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;
VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.
Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:
I – "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;
II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.
Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei n°9656/98
Art.4° As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:
I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:
a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;
b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;
II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;
IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência
VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;
VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.
Art. 5° Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.
Art. 6° Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.
JOSÉ SERRA

PROJETO DE LEI N.º 8.048, DE 2010

(Do Senado Federal)

PLS nº 228/2008
OF. nº 2506/2020 (SF)

Altera o art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE O PROJETO DE LEI N. 4.076, DE 2001, E SEUS APENSOS, E O PROJETO DE LEI N. 8.048, DE 2010, AO PROJETO DE LEI N. 7.419, DE 2006. APENSE-SE, AINDA, O PROJETO DE LEI N. 4.164, DE 2004, E SEU APENSO, AO PROJETO DE LEI N. 4.076, DE 2001.
EM CONSEQUÊNCIA DISTRIBUA-SE O PROJETO DE LEI N. 7.419, DE 2006, ÀS COMISSÕES DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA, DEFESA DO CONSUMIDOR, FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54) E CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54). ESCLAREÇO, POR OPORTUNO, QUE A MATÉRIA DEVERÁ SER ENCAMINHADA À COMISSÃO DE FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO POR JÁ HAVER SIDO APRECIADA NAS DUAS PRIMEIRAS COMISSÕES.
PUBLIQUE-SE. OFICIE-SE.

PL. 8048/2010

Altera o art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para instituir política de assistência à saúde da criança e do adolescente no âmbito do Sistema de Saúde Suplementar.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O art. 35-F da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35-F .....

§ 1º A assistência à saúde da criança e do adolescente, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde, inclui:

I – a prevenção da ocorrência de agravos à saúde que ponham em risco o êxito do processo de crescimento e desenvolvimento;

II – a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos requeridos para a detecção e o tratamento dos agravos que venham a acometê-los;

III – a realização de ações voltadas para a recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento.

§ 2º As ações e os procedimentos para a assistência à saúde da criança e do adolescente serão estabelecidos em protocolos clínico-terapêuticos elaborados pela ANS após oitiva da Sociedade Brasileira de Pediatria e priorizarão as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

§ 3º Os atendimentos médicos de crianças e adolescentes serão feitos por portadores de título de especialista em pediatria reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina, salvo na falta do referido especialista em caso de urgência ou emergência.

§ 4º É assegurado o acesso ao atendimento por outros profissionais de saúde, na forma estabelecida nos protocolos de que trata o § 2º ou mediante indicação pelo médico assistente." (NR)

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

Senado Federal, em 02 de dezembro de 2010 .

Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

gab/pls08-228t

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 394, DE 2011

(Do Sr. Marcelo Aguiar)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7762/2010.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera dispositivos da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que “dispõe sobre os Planos de Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências”.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo dos §§ 4º ,5º, 6º e 7º ao artigo 12, com a seguinte redação:

Art. 12 .....

§ 4º Em caso de negativa de cobertura parcial ou total de procedimento médico, cirúrgico ou de diagnóstico, bem como de tratamento e de internação, a operadora do plano ou seguro de assistência à saúde obriga-se a fornecer ao consumidor informações e/ou documentos, por escrito, de forma imediata e independente de solicitação, vedada a utilização exclusiva de comunicação verbal.

§ 5º Nas informações e/ou documentos referidos no parágrafo anterior deverá constar, obrigatoriamente, os seguintes itens:

I - o motivo e a fundamentação legal e contratual da negativa de procedimento, de

forma clara e completa;

II - a razão e/ou a denominação social da operadora ou seguradora, o número da Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ, o endereço completo e atual, a assinatura do responsável, o local, a data e a hora da negativa de cobertura.

§ 6º Na impossibilidade de solicitar ou receber os documentos e informações a que se referem os parágrafos 4º e 5º, por parte do consumidor interessado, poderá fazê-lo, independente de procuração ou autorização:

I – parente consanguíneo ou afim, conforme dispõe a legislação civil;

II – pessoa que estiver acompanhando o consumidor no local de atendimento, independente de qualquer tipo de parentesco;

III – advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, sem necessidade de comprovação de interesse.

§ 7º As informações e/ou documentos de que tratam os §§ 4º, 5º e 6º deverão ser fornecidas de forma gratuita.

JUSTIFICATIVA

Nos dias atuais, milhares de consumidores são afetados pela negativa de cobertura de doenças e/ou tratamentos, seja por falta de informação ou orientação. Essa negativa baseia-se em cláusulas contratuais de exclusão de determinados procedimentos médicos e, na maioria das vezes, é ilegal.

Em geral, a negativa de cobertura dos procedimentos médico-hospitalares ocorre nos momentos em que a pessoa amparada pelo plano ou seguro saúde encontra-se em evidente necessidade de utilização dos serviços ofertados pelas operadoras e/ou seguradoras. Cabe ainda dizer, que referidas negativas normalmente são fornecidas por telefone ou por intermédio de um simples carimbo em uma folha de papel.

Daí, percebe-se a notória e habitual manifestação de desapreço que sofre o consumidor dos serviços oferecidos pelos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, visto que na maioria das situações o procedimento que não se mostra autorizado é de suma importância para sua vida e saúde.

Pretende-se a presente alteração feita no artigo 12 alcançar o direito à informação, decorrente do Código de Defesa do Consumidor, em seu inciso III, artigo 6º, que expressa como direito básico do consumidor "*a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam*".[1]

Nota-se, que ao consumidor é dado o direito de obter as informações precisas, claras e completas acerca do produto que adquire. Entende-se, aqui, que existe uma necessidade evidente dos consumidores de planos e seguros de saúde de obter todas as informações sobre seus direitos e seus deveres, compreendendo os

[1] BRASIL, Código de Defesa do Consumidor – Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm Acesso em: 14 fev. 2011.

procedimentos cobertos, a sua forma de solicitação e os mecanismos para uma eventual reclamação. Assim, no momento em que lhe é negado referidos procedimentos, deve-se obrigatoriamente, restar-lhe o direito a informações completas acerca dessa negativa.

Corrobora, ainda, com esse entendimento a Resolução 08/1998 do Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, por meio inciso III, do art. 4º, que impõe às operadoras de planos de saúde o dever de "*fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato (...)".*[2]

Desse modo, aquele que possui um plano ou seguro de assistência à saúde deve ter o direito ao recebimento por escrito de todas as informações quando lhe é negada a cobertura de procedimentos médico-hospitalares pelas operadoras e/ou segurados.

Importante ressaltar que a recusa documentada, ou seja, essas informações referentes à negativa de cobertura de doenças e/ou tratamentos fornecidas na forma escrita pelos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde visa garantir aos consumidores buscar a proteção jurisdicional do Estado caso a situação não venha a ser resolvida administrativamente.

Posto isso, conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação da presente proposta.

Sala das Sessões, 15 de fevereiro de 2011.

MARCELO AGUIAR
PSC / SP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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)*
II - quando incluir internação hospitalar:
a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e

[2] Sítio eletrônico: Correcta Seguros Online. Disponível em: http://www.segurado.com.br/juridico_consu08.asp Acesso em: 14 fev.2011.

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;

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)*

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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 657, DE 2011

(Do Sr. Carlos Eduardo Cadoca)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei suprime o inciso VII e acrescenta § 5º ao art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a fim proibir limitação, imposta por cláusula de plano de saúde, ao fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios , quando necessários à realização de procedimento cirúrgico.

Art. 2º. O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a viger com a seguinte

redação:

Art. 10. .....

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

.....

§ 5º É vedado o não fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios, quando sua utilização for considerada indispensável e comprovadamente necessária ao sucesso da intervenção cirúrgica ou tratamento hospitalar decorrente dessa intervenção". (NR)

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

J U S T I F I C A T I V A

A proposta em questão visa proteger o consumidor de eventuais cláusulas apresentadas em contratos de plano de saúde que, de forma dissimulada, impõe limitação de cobertura regularmente contratada. É o que se verifica em relação aos planos que oferecem cobertura da cirurgia, mas vetam o fornecimento de próteses e órteses como meio necessário para a realização do procedimento.

É certo que a amplitude do serviço prestado por um plano de saúde está diretamente condicionada à contraprestação financeira a que se propõe a arcar o contratante (consumidor). Contudo, não se pode admitir que restrições oriundas de uma contratação menos ampla impeçam o adimplemento de outras prestações devidas.

Isso significa que a seguradora poderá estabelecer cláusula que exclua o fornecimento de próteses e órteses não ligadas a atos cirúrgicos. O próprio art. 10, VII, da Lei nº 9.656/98, permite essa limitação. No entanto, ela será inaceitável quando a utilização desses instrumentos for o meio necessário para a realização de cirurgia ou procedimento pós-cirúrgico.

Em outras palavras, não faz sentido que o plano de saúde assegure a cobertura da intervenção cirúrgica ou dos tratamentos dela decorrentes, sem disponibilizar os recursos essenciais para essa finalidade.

Nesses casos em que a restrição é imposta de maneira velada, não resta dúvida de que a vontade do contrato. Afinal, seria impossível saber, de antemão, se determinados procedimentos exigem ou não a colocação de próteses ou órteses cuja cobertura é limitada pelo acordo firmado.

Por fim, cabe ressaltar que esse tem sido o entendimento reiterado pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ, conforme se verifica por meio dos seguintes julgados, entre outros: REsp 873.226-ES, Rel. Min Luís Felipe Salomão, julgado em 8/2/2001; REsp 811.867/SP, Rel. Ministro Sidnei Beneti, julgado em 13/04/2010, DJ de 22/04/2010; REsp 735.168/RJ, Rel. Min Nancy Andrighi, julgado em 11/03/2008, DJ e 26/03/2008:

"DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CIRURGIA AUTORIZADA. AUSÊNCIA DE COBERTURA DA COLOCAÇÃO DE PRÓTESES INDISTENSÁVEIS PARA O SUCESSO DO PROCEDIMENTO.

I – É legal em contrato de plano de saúde a cláusula que limite os direitos do consumidor, desde que redigida com as cautelas exigidas pelo Código de Defesa do Consumidor.

2 – Entretanto, se a colocação de próteses é necessária para o tratamento cirúrgico autorizado pela seguradora, é abusiva a cláusula que prevê sua exclusão da cobertura.

Recurso Especial provido".

(REsp 811.867/SP, Rel. Ministro Sidnei Beneti, julgado em 13/04/2010, DJ de 22/04/2010).

Diante do exposto e por se tratar de importante medida de proteção dos direitos do consumidor, solicito o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em 03 de março de 2011.

Deputado CARLOS EDUARDO CADOCA
PSC/PE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação*

dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 805, DE 2011

(Do Sr. Manato)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 7267/2002 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 7267/2002 o PL 805/2011, o PL 4294/2016, o PL 10960/2018 e o PL 5881/2019, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a fim de tornar obrigatória a cobertura, por entidade prestadora de serviço de saúde, do procedimento cirúrgico denominado gastroplastia, nos casos que especifica.

Art. 2º. O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

"Art. 10.....

§ 5º. É vedada a exclusão de cobertura ao procedimento de gastroplastia e demais tratamentos relacionados ao diagnóstico de obesidade mórbida". (NR)

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

J U S T I F I C A T I V A

A gastroplastia, também conhecida como cirurgia bariátrica ou de redução de estômago, é frequentemente recomendada para fins de tratamento de obesidade mórbida. Longe de ser um procedimento meramente estético ou emagrecedor, a cirurgia revela-se como meio de sobrevida de pessoas acometidas por um excessivo índice de massa corpórea (IMC).

Há que se entender que esse tipo de obesidade é considerado uma doença, nos termos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. E pela sua gravidade compromete não apenas a condição e qualidade de vida atual dos indivíduos, como também a sua expectativa de sobrevida.

Ressalte-se ainda que, nos casos de obesidade mórbida, os métodos convencionais não cirúrgicos demonstram pouca eficácia quando utilizados isoladamente. Por essa razão, a comunidade médica tem alertado para outras patologias diretamente relacionadas, tais como hipertensão arterial, doenças cardíacas e coronarianas, diabetes, apneia do sono e doenças articulares.

Ocorre que é comum encontrar pacientes que recebem o diagnóstico de obesidade mórbida, e, encaminhados para a realização de gastroplastia, se surpreendem com a falta de cobertura ‘pelo plano de saúde contratado. Isso ocorre porque, em geral, essas entidades prestadoras de serviço de saúde alegam existir exclusão contratual relativa a procedimentos clínicos ou cirúrgicos referentes a “emagrecimento e/ou ganho de peso”. Para tanto, invocam o disposto no artigo 10, IV, da Lei nº Lei nº 9.656/98.

É certo que o referido dispositivo exclui de cobertura os tratamentos para emagrecer; contudo tal exceção diz respeitos aos gastos com finalidade estética. Logo, não pode a gastroplastia, destinada à recuperação da saúde de um paciente, ser enquadrada nessa excludente.

Nesse sentido, cumpre mencionar que a Agência Nacional de Saúde (ANS) editou a Resolução Normativa nº 211/2010, reconhecendo a gravidade dessa patologia e determinando a cobertura obrigatória nas hipóteses de cirurgia. A questão também tem sido objeto de debate jurídico, como se observa no julgamento do Recurso Especial nº 1.175.616-MT, em que o Superior Tribunal de Justiça manifestou-se favorável à inclusão da gastroplastia entre as prestações devidas pelos planos de saúde.

Diante do exposto, e por se tratar de importante medida de proteção da saúde e dos direitos do consumidor, solicito o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das sessões, em 23 de março de 2011.

Deputado **MANATO**
PDT/ES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I
Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na forma do Anexo desta Resolução Normativa.
Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.
Art. 2º O Anexo desta Resolução lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada.
.....

ANEXO

PROCEDIMENTO	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO	OD	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
ACONSELHAMENTO GENÉTICO	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS		AMB	HCO	HSO		
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES OU ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	PROCEDIMENTOS GERAIS	PROCEDIMENTOS GERAIS			HCO	HSO		DUT
	CONSULTAS, VISITAS HOSPITALARES								

.....

ESOFAGECTOMIA DISTAL COM OU SEM TORACOTOMIA/ COM OU SEM LINFADENECTOMIA	ESÔFAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA, GASTROPLASTIA)	ESÔFAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
ESOFAGORRAFIA	ESÔFAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.076, DE 2011

(Do Sr. Eduardo da Fonte)

Altera o inciso VI do art. 12 e os §§ 1º e 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, para obrigar as operadoras de planos de assistência à saúde a reembolsar os usuários pelo valor efetivamente pago, quando livremente escolhidos, e a manter o credenciamento de, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados, por especialidade médica.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7590/2010.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° - O inciso VI do art. 12 e os §§ 1º e 2º do art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998,

que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 12. (...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que trata o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, pelo valor efetivamente pago das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, ou quando livremente escolhidos, desde que não seja possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras ou em caso de descumprimento do previsto no inciso I do art. 17 desta lei, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (NR)

.....

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

I – Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º estão obrigados a possuir, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados por especialidade, na forma do **caput**.

II - O descumprimento do inciso anterior, mesmo em caso de rompimento do vínculo pelo contratado, credenciado ou referenciado, implica no direito do beneficiário em ser reembolsado pelo valor efetivamente pago, das despesas efetuadas com assistência à saúde, na forma do inciso VI do art. 12 desta lei.

§ 1º É facultada a substituição dos relacionados no **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.

§ 2º Na hipótese de a substituição do profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação ou tratamento do consumidor, o profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde obriga-se a manter os serviços e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (NR)

Art. 5º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei tem uma premissa básica em defesa do consumidor: aumentar o compromisso dos Planos de Saúde com a manutenção da qualidade e do tamanho de sua rede credenciada de atendimento.

A proposta dispõe que a inclusão, como contratados ou credenciados dos planos de saúde, de qualquer profissional, estabelecimento hospitalar, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde, implica no compromisso quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, somente podendo ocorrer a substituição por

outro equivalente e mediante comunicação aos usuários, com trinta dias de antecedência. Atualmente o art. 17 da Lei dos Planos de Saúde prevê essa vinculação apenas em relação às entidades hospitalares.

Além disso, o Projeto de Lei obriga as operadoras a manterem, no mínimo, três contratados ou credenciados, por especialidade, sob pena de serem obrigadas, em caso de livre escolha do consumidor, a ressarci-lo do valor efetivamente pago e não pelo valor da tabela do plano de saúde.

É normal a variação na rede credenciada durante o período do contrato de qualquer operadora de planos de saúde. No entanto, é inegável que a rede credenciada da empresa é determinante na manifestação de vontade do consumidor em contratar.

Ao contratar uma operadora de plano de saúde o consumidor leva em consideração, entre outros fatores, o preço e a rede credenciada, seja sob o aspecto da excelência, diversidade, ou da presença na área geográfica de seu domicílio. Em razão disso, há uma justa expectativa do consumidor de que a rede credenciada será mantida, ampliada ou que ao menos preserve as características do momento da contratação.

Nessa linha, o presente projeto pretende desificar o princípio da boa-fé objetiva nos contratos de planos de saúde, ao exigir que a qualidade dos serviços prestados se mantenha a mesma, garantindo em última *ratio* que aquele que pagou tenha o direito de ser atendido.

A alteração aqui proposta visa evitar manobra escusa das operadoras, consistente em ostentar determinada rede assistencial durante o tempo necessário para firmar-se no mercado para, em seguida, descartar os prestadores de serviços mais caros ou de maior prestígio.

São frequentes as denúncias dos usuários dos planos de saúde que apontam a redução significativa no número de estabelecimentos, com suspensão do atendimento, identificada em alguns casos apenas no momento da utilização dos serviços, pela ausência de informação prévia e atualização dos materiais de orientação.

Os números da saúde suplementar no Brasil dão uma ideia da importância social da alteração proposta. Com efeito, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), planos e seguros de saúde no Brasil são responsáveis pelo atendimento de 45,5 milhões de pessoas. O número de médicos que atendem pelos planos é de aproximadamente 160 mil.

Nossa proposta tem por escopo a melhoria na prestação de serviços aos usuários, que hoje chegam a esperar até três meses para marcação de uma consulta em algumas especialidades. Assim, o consumidor, apesar de pagar caro para ter um plano de saúde, é obrigado a desembolsar grandes quantias todos os meses para fazer procedimentos médicos particulares.

Sala das Sessões, em 13 de abril de 2011.

Deputado Eduardo da Fonte
(PP/PE)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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)*

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;

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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.147, DE 2011

(Do Sr. Rogério Carvalho)

Torna obrigatória a divulgação de que os planos de saúde são obrigados a ressarcir o Sistema Único de Saúde - SUS quando seus clientes são atendidos em unidades de saúde do SUS.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art.1º As instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS são obrigadas a afixar aviso de que serão ressarcidos aos cofres públicos, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, os serviços de atendimento à saúde em unidades de saúde do SUS prestados aos consumidores e respectivos dependentes de planos privados de atenção à saúde, desde que os serviços prestados sejam cobertos pelo contrato do

plano.

Parágrafo Único. É proibido a quaisquer das instituições vinculadas ao SUS de que trata o caput deste artigo inquirir e investigar, por qualquer meio, se o cidadão que procura atendimento possui ou não plano de saúde, sob pena de incidir no art. 11, inciso I da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

Art. 2º O aviso de que trata este artigo deverá ser afixado em pontos de ampla visibilidade, com indicação do telefone gratuito, sítio na rede mundial de computadores (internet) e endereço eletrônico dos órgãos estaduais de defesa do consumidor e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, informando que o processo de ressarcimento do SUS é gerido pela ANS.

Art. 3º O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a viger acrescido do seguinte parágrafo:

Art. 32 .....

.....

§9º. Toda publicidade e mensagem informativa, de qualquer tipo e veiculada por qualquer forma e meio de comunicação, os boletos de cobrança e os extratos de pagamento da Operadora de Plano de Assistência à Saúde deverão reproduzir o aviso de que trata o art. 1º desta Lei, sob pena de pagamento de multa no montante de até R$ 1.064, 10 (mil e sessenta e quatro reais e dez centavos). (NR)

Art. 4° Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Este Projeto é conseqüência do que determina o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, abaixo transcrito:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§1º. O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§2º. Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º. A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§4º. O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§5º. Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§6º. O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§7º. A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§8º. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

Como se vê, a Lei dos Planos de Saúde criou um mecanismo para o ressarcimento a ser realizado pelas operadoras de planos de saúde quando seus clientes forem atendidos em unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde – SUS. A responsabilidade, gerenciamento e cobrança desse ressarcimento é atribuição da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. O levantamento é feito rotineiramente pela ANS cruzando os dados dos sistemas de informação do SUS com o cadastro das operadoras.

É importante destacar que o produto da arrecadação desse ressarcimento e seus eventuais juros e multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde, de maneira que tais recursos são importantes para o setor Saúde. Não obstante, "entre 2007 e 2009, os valores cobrados pela ANS (e não necessariamente pagos ao SUS, já que os planos entram com recursos) caíram de R$ 64,4 milhões para R$ 12,8 milhões-redução de 80,9%.

Uma auditoria do TCU (Tribunal de Contas da União) também mostrou que, em cinco anos, a ANS deixou de cobrar dos planos R$ 2,6 bilhões-mais de R$ 500 milhões por ano"[3].

Por conseguinte, todo e qualquer mecanismo facilitador para o financiamento da Saúde é sempre oportuno e de manifesto interesse público, daí o porquê da obrigação de que as unidades de saúde do SUS coloquem avisos, em local de ampla visibilidade, sobre o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de plano de saúde, disponibilizando contato direto e gratuitos com órgão de defesa do consumidor e, especialmente, a ANS.

Ora, por meio deste Projeto, o consumidor de plano de saúde que, necessariamente, também é sempre usuário do SUS, poderá exercer a seu critério, espontaneamente e como melhor lhe aprouver a sua plena cidadania, diante de uma informação que, na maioria das vezes, ele desconhecia. Ou seja, em última analise, este Projeto dá uma informação significativa para os consumidores de planos de saúde e cidadãos brasileiros que poderão, por iniciativa própria, exercitar a cidadania[4].

[3] PLANO DE SAÚDE REDUZ REEMBOLSO AO SUS. **Folha de São Paulo**, caderno Cotidiano, 28 de janeiro de 2011.

[4] É oportuno lembrar dois pontos: (1) é por lei a determinação de que os estabeleicmentos comerciais fixem o aviso de que o consumidor deve exigir a nota ou cupom fiscal, possibilitando o exercício da cidadania do ponto de vista tributário, cuja obrigação é do Fisco e (2) Projeto similar a este já foi aprovado pelo Congresso Nacional.

Evidentemente que o conflito existente entre a ANS e as operadoras de plano de saúde se trava de modo alheio ao cidadão e ao usuário de plano de saúde, seja no que toca ao lançamento do crédito, sua cobrança e até inscrição em dívida ativa. Trata-se de atribuição da ANS. Todavia, a sociedade não é alheia as atribuições do Estado. Não existe essa distinção frontal entre Estado e a sociedade, pelo contrário, referenciando-se ao SUS e ao seu caráter universalista e de integralidade, a participação no campo estatal pelo cidadão não se dá somente pela cobrança da legalidade, eficiência e eficácia do serviço prestado, pelo contrário, ao lado dessas importantes formas de controle social, imperativo a participação ativa e cotidiana para o fiel cumprimento das atividades que envolve a questão da saúde.

Nesse sentido, dispõe o §2º do art. 2 da Lei do SUS (Lei nº 8.080, de 1990): "o dever do estado não exclui o das famílias, das empresas e da sociedade".

Igualmente, as operadoras de plano de saúde estão obrigadas a divulgar, em todas as suas peças de publicidade e em suas correspondências com seus clientes – seja desde um folder informativo, passando por um boleto de cobrança, ou até o extrato de despesas de pagamento – a informação de que serão ressarcidos aos cofres públicos, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, os serviços de atendimento à saúde em unidades de saúde do SUS prestados aos consumidores e respectivos dependentes de planos privados de atenção à saúde, desde que os serviços prestados sejam cobertos pelo contrato do plano.

O Projeto também estabelece que é taxativamente vedado a indagação ou a mera investigação se o usuário do SUS dispõe de plano de saúde. O agente que assim se comportar[5] sofrerá a gravíssima sanção prevista na Lei de Improbidade Administrativa.

Ora, e tudo isso porque o pacto político brasileiro, consubstanciado na Constituição Cidadã, proclama que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196). Em outros termos: a saúde é um direito fundamental do ser humano.

Portanto, repita-se, toda forma de contribuir para evitar elisão dos recursos do setor Saúde é de máxima importância, pois como dito alhures, todos os brasileiros são usuários do SUS, inclusive, os consumidores de plano de saúde, como por exemplo, diante do serviço de vigilância sanitária que fiscaliza todo e qualquer estabelecimento (consultórios, clínicas, hospitais, bares, supermercados etc), ou da vigilância epidemiológica, responsável pelo controle de zoonoses e vetores, além do caso significativo do transplante de órgão e tecido, uma vez que 95% dos transplantes realizados no Brasil são de responsabilidade do SUS, pois se trata de procedimento caro, que poucos cidadãos teriam condições de realizar via setor privado, especialmente porque estão excluídos de grande parte da cobertura dos planos de saúde.

Trata-se da Lei nº 12.291, de 2010 que tornou obrigatório a manutenção de exemplar do Código de Defesa do Consumidor nos estabelecimentos comerciais e prestadores de serviço.

[5] Ainda que trabalhe em unidades privadas conveniadas ou contratadas pelo SUS, a teor do art. 1º, par. Único e art. 3º da Lei de Improbidade.

Espera-se que a ANS, diante dessa futura legislação, possa tomar iniciativas administrativas e operacionais para criar novos instrumentos de participação cidadã e que também acelerem e desburocratizem os processos administrativos decorrentes desse ressarcimento, especialmente quando há impugnações e se torna útil outros meios comprobatórios. A não formulação desses mecanismos no bojo deste Projeto se deve ao fato de que a criação de atribuição a órgãos da Administração Pública é da competência de iniciativa legislativa do Chefe do Poder Executivo.

Vale destacar, ao final, que a oportunidade deste Projeto é impar, justamente porque o debate sobre a constitucionalidade do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde está em vias de definição. Em janeiro deste ano o Supremo Tribunal Federal – STF reconheceu como de *repercussão geral* a matéria de alguns recursos pendentes no STF que tratam do ressarcimento ao SUS pela operadoras de plano de saúde[6], de modo que a tendência é firmar o entendimento que já vem sendo estabelecido pela Corte Judicial, a saber:

RE 594266 ED / RJ - RIO DE JANEIRO

EMB.DECL. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO

Relator(a): Min. DIAS TOFFOLI

Julgamento: 02/12/2010 Órgão Julgador: Primeira Turma

EMBTE.(S) : PARANÁ ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA

ADV.(A/S) : AUREANE RODRIGUES DA SILVA E OUTRO(A/S)

EMBDO.(A/S) : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

ADV.(A/S) : PROCURADORIA-GERAL FEDERAL

EMENTA Embargos de declaração em recurso extraordinário. Conversão em agravo regimental, conforme pacífica orientação da Corte. Ressarcimento ao SUS, por parte de planos privados de assistência à saúde. Ação calcada em suposta inconstitucionalidade do artigo 32 da Lei nº 9.656/98. 1. A decisão ora atacada reflete a pacífica jurisprudência desta Corte a respeito do tema, que não reconhece a pretendida inconstitucionalidade da referida norma legal. 2. Controvérsia adequadamente composta pela decisão atacada, não sendo exigível que se manifeste, expressamente, sobre todos os tópicos da irresignação então em análise, quando já decidida sobre outros fundamentos, bastantes para tanto. 3. Embargos de declaração recebidos como agravo regimental, ao qual se nega provimento. (grifou-se)

Ou ainda:

RE 510606 AgR / RJ - RIO DE JANEIRO

AG.REG.NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO

Relator(a): Min. JOAQUIM BARBOSA

Julgamento: 04/12/2009 Órgão Julgador: Segunda Turma

AGTE.(S) : UNIMED SEGURADORA S/A

[6] **RE 597064 RG / RJ - RIO DE JANEIRO**

ADV.(A/S) : ARMANDO RIBEIRO GONÇALVES JÚNIOR E OUTRO(A/S)

AGDO.(A/S) : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

PROC.(A/S)(ES) : PROCURADOR-GERAL FEDERAL

EMENTA: AGRAVO REGIMENTAL. RESSARCIMENTO AO SUS. OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. ART. 32 DA LEI 9.656/1998. CONSTITUCIONALIDADE. O Supremo Tribunal Federal, no julgamento da ADI 1.931-MC (rel. min. Maurício Corrêa, DJ 28.05.2004), entendeu que o ressarcimento à Administração Pública pelos serviços prestados pela rede do Sistema Único de Saúde - SUS e instituições conveniadas - face à impossibilidade de atendimento pela operadora de Plano de Saúde - mediante condições preestabelecidas em resoluções internas da Câmara de Saúde Complementar, não ofende o devido processo legal. Nos termos da jurisprudência deste Tribunal, é legítima a decisão monocrática que decide controvérsia de acordo com orientação firmada em julgamento efetuado pelo Pleno da Corte em exame de pedido de medida cautelar. Agravo regimental a que se nega provimento. (grifou-se)

Como se sabe a ADI 1931, proposta pela entidade de classe representativa das operadoras de plano de saúde não prosperou nesse campo.

Diante do exposto, peço apoio dos meus Pares para mais singela e não menos importante contribuição para com a saúde do cidadão brasileiro.

Sala das Sessões, em 26 de abril de 2011.

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
PT/SE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

LEI Nº 8.429, DE 2 DE JUNHO DE 1992

Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:
.....
CAPÍTULO II
DOS ATOS DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA
.....
Seção III
Dos Atos de Improbidade Administrativa que Atentam Contra os Princípios da Administração Pública

Art. 11. Constitui ato de improbidade administrativa que atenta contra os princípios da administração pública qualquer ação ou omissão que viole os deveres de honestidade, imparcialidade, legalidade, e lealdade às instituições, e notadamente:
I - praticar ato visando fim proibido em lei ou regulamento ou diverso daquele previsto, na regra de competência;
II - retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício;
III - revelar fato ou circunstância de que tem ciência em razão das atribuições e que deva permanecer em segredo;
IV - negar publicidade aos atos oficiais;
V - frustrar a licitude de concurso público;
VI - deixar de prestar contas quando esteja obrigado a fazê-lo;
VII - revelar ou permitir que chegue ao conhecimento de terceiro, antes da respectiva divulgação oficial, teor de medida política ou econômica capaz de afetar o preço de mercadoria, bem ou serviço.

CAPÍTULO III
DAS PENAS

Art. 12. Independentemente das sanções penais, civis e administrativas previstas na legislação específica, está o responsável pelo ato de improbidade sujeito às seguintes cominações, que podem ser aplicadas isolada ou cumulativamente, de acordo com a gravidade do fato: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.120, de 15/12/2009)*
I - na hipótese do art. 9°, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, ressarcimento integral do dano, quando houver, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de oito a dez anos, pagamento de multa civil de até três vezes o valor do acréscimo patrimonial e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de dez anos;
II - na hipótese do art. 10, ressarcimento integral do dano, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, se concorrer esta circunstância, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de cinco a oito anos, pagamento de multa civil de até duas vezes o valor do dano e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de cinco anos;
III - na hipótese do art. 11, ressarcimento integral do dano, se houver, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de três a cinco anos, pagamento de multa civil de até cem vezes o valor da remuneração percebida pelo agente e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de três anos.
Parágrafo único. Na fixação das penas previstas nesta Lei o juiz levará em conta a extensão do dano causado, assim como o proveito patrimonial obtido pelo agente.
.....
.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação

dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.
Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.431, DE 2011

(Do Sr. Felipe Bornier)

Acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5024/2009.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 12-A:

“12-A. Tanto no plano-referência a que alude o art. 10, como nas segmentações previstas no art. 13, o prazo máximo para que a operadora analise e defira ou indefira pedido de autorização para realização de exame ou procedimento eletivo é de cinco dias úteis.

Parágrafo único. A não observância do prazo estipulado no caput implica em autorização presumida, com obrigação de pagamento ao prestador, e aplicação de sanção à operadora, em conformidade com o previsto no art. 25.”

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

JUSTIFICAÇÃO

Há cerca de 13 anos o Congresso Nacional, cioso de suas responsabilidades e compromissos com a população, ofereceu à Nação uma norma jurídica para regular o setor de saúde suplementar.

Até então, vigia a lei da selva, com operadoras nem sempre honestas, oferecendo planos que nada cobriam, com carências absurdas e exclusões infindáveis.

No período que se sucedeu à instituição da legislação reguladora, o setor ganhou consistência e seriedade e a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS se consolidou, adquiriu experiência e muito tem feito para coibir os abusos e dirimir as discordâncias entre usuários e operadoras.

Observa-se, contudo, que a legislação não dá conta ainda de todas as questões que se colocam nessa relação. Uma das queixas mais frequentes dos usuários é a de que as operadoras demoram muito para emitir autorizações para realização de exames e de procedimentos eletivos.

Tal demora acarreta prejuízos morais, financeiros e até mesmo de saúde, pois a longa espera pode significar a agudização ou o agravamento de determinados quadros

nosológicos.

Assim, com a presente iniciativa, pretendemos instituir prazo máximo de três dias úteis para que a operadora se manifeste relativamente a tais autorizações, presumindo-se a autorização como concedida, caso dentro desse período não haja manifestação.

Adicionalmente, prevemos a possibilidade de aplicação de sanção por parte da ANS, caso a empresa não obedeça ao disposto na lei.

Isto posto, contamos com o apoiamento de nossos ilustres Pares no Congresso Nacional para a aprovação dessa medida que em muito contribuirá para o estabelecimento de relações estáveis e equilibradas no setor de saúde supletiva em nosso País.

Sala das Sessões, em 24 de maio de 2011 .

Deputado FELIPE BORNIER

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas

que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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)*

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;

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)*
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de

outras estabelecidas na legislação vigente*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - advertência;
II - multa pecuniária;
III - suspensão do exercício do cargo;
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.647, DE 2011

(Do Sr. Manato)

Dispõe sobre a divulgação de tabela de valores pagos de honorários médicos, odontológicos e de outros profissionais, pelas operadoras de planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7600/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Esta lei dispõe sobre a obrigatoriedade pelas operadoras de planos de saúde de divulgação nos estabelecimentos de saúde da tabela de valores pagos a título de honorários médicos.

Art. 2º. As tabelas com os valores pagos aos profissionais de saúde por honorários médicos, odontológicos e outros procedimentos deverão ser divulgadas pelas operadoras de planos de saúde nos estabelecimentos de saúde, em local de fácil visualização pelos cidadãos usuários.

Parágrafo único. Qualquer modificação na tabela exige divulgação pela mesma forma que se deu o texto original.

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

J U S T I F I C A Ç Ã O

A qualidade da assistência à saúde no Brasil tem sofrido um processo constante de deterioração e, infelizmente, essa realidade acontece não apenas nos serviços

públicos mas também na prestação de serviços privados de saúde.

Atualmente, uma grande parcela da população, principalmente da classe média, busca solução para seus problemas de saúde junto aos planos de saúde. Porém, com o objetivo de ampliar seus lucros, as operadoras de plano de saúde promovem uma política de reajuste de preços, de forma unilateral e desrespeitosa, tanto aos consumidores quanto aos profissionais de saúde.

Além das mazelas já conhecidas pelos consumidores (valores altos, dificuldades para conseguir liberação de exames e tratamentos de saúde, descredenciamento de estabelecimentos de saúde e de profissionais), também os profissionais de saúde sofrem com a redução dos seus honorários, além de ameaça de descredenciamento em caso de insatisfação com a política de remuneração imposta.

A proposta que ora apresentamos tem a finalidade de obrigar a divulgação da tabela de remuneração dos profissionais praticadas pelas operadoras de planos de saúde, em local de fácil visualização nos estabelecimentos de saúde, a fim de que todos os interessados: os profissionais, os empresários, o Estado, e os usuários possam ter acesso facilitado a essas informações.

Atualmente, a remuneração de uma consulta médica paga pelos planos de saúde privados chegam a valores em torno de trinta reais em alguns estados brasileiros. O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Mauricio Ceschin, reconheceu que há uma defasagem no valor paga pelos planos de saúde aos médicos. Cerca de sessenta por cento dos pacientes retornam com os exames solicitados e o retorno não é remunerado pelos planos de saúde se ocorrer até trinta dias da consulta inicial.

Para um profissional que sobreviva de consultas e procedimentos, o valor pago pelas operadoras de plano de saúde é muito baixo em relação ao custo de manutenção do consultório. A conseqüência direta é o aumento da quantidade de consultas por hora de trabalho. Em contrapartida, muitos pacientes reclamam que os médicos os consultam muito rapidamente e que a qualidade da consulta está aquém do valor pago à operadora do plano de saúde.

Estamos certos que a medida proposta ajudará a preservar o bom exercício profissional e contribuirá para impedir a queda na qualidade da assistência dos planos de saúde, proporcionando aos cidadãos usuários a transparência dos preços pagos aos profissionais de saúde pelas operadoras de plano de saúde. Dessa maneira, os cidadãos poderão inclusive refletir sobre suas escolhas por planos de saúde, levando em consideração o valor que pagam à operadora e o valor que é repassado aos profissionais de saúde.

Temos a convicção que a proposta contará com o apoio dos nobres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 21 de junho de 2011.

Deputado MANATO
PDT/ES

PROJETO DE LEI N.º 1.677, DE 2011

(Do Sr. Inocêncio Oliveira)

Modifica o § 1º, do art. 16, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
DEFERIDO O REQUERIMENTO N. 4716/2012, CONFORME O SEGUINTE DESPACHO: "DEFIRO O REQUERIMENTO N. 4716/2012. APENSE-SE O PROJETO DE LEI N. 1677/2011 AO PROJETO DE LEI N. 7419/2006, NOS TERMOS DO ART. 142, C. C. O ART. 143, II, A E B, AMBOS DO REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. PUBLIQUE-SE. OFICIE-SE."

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° O § 1°, do art. 16, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 16 (...)

§ 1º 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 do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações, bem como contenha lista de estabelecimentos, hospitais e profissionais credenciados ou conveniados, com as respectivas especialidades, endereços e telefones e o sítio da rede mundial de computadores em que tais informações estejam obrigatoriamente disponíveis".

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

JUSTIFICAÇÃO

A plena informação do usuário de planos de saúde é condição imprescindível para o usufruto do contrato firmado com a operadora.

As reclamações encaminhadas aos órgãos de defesa do consumidor são, no mais das vezes, oriundas da desinformação que o beneficiário de tais planos tem de seus direitos e obrigações.

A Lei 9.656, de 1998, contém dispositivo que obriga as empresas a fornecer cópia do contrato e informações, mas é omissa quanto às informações de acesso à rede credenciada e não está atualizada para determinar que tais informações estejam disponíveis na rede mundial de computadores, uma realidade nos dias atuais.

Faz-se, portanto, necessário que se promova uma atualização da legislação com vistas a tornar o acesso do usuário mais fácil e com menos obstáculos e dúvidas.

Esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares no Congresso Nacional para aprovação desta matéria que, indubitavelmente, representará melhoria no acesso e garantia de direitos para os usuários de planos de saúde.

Sala das sessões, em 28 de junho de 2011.

INOCÊNCIO OLIVEIRA
Deputado Federal

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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 como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.763, DE 2011

(Do Sr. Reguffe)

Acrescenta o § 2º e o inciso I ao § 2º, ambos do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar aos beneficiários de planos de saúde coletivos, a permanência do direito ao atendimento à saúde, nos casos de inadimplência das operadoras com as empresas de planos de saúde, bem como possibilitar a migração desses beneficiários de planos coletivos para planos individuais de saúde, nas mesmas condições de cobertura.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7762/2010.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13 Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei tem 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.

*§ 1º Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:*

I – .....;

II –.....; e

III – .....

§ 2º Além das disposições previstas nos incisos I e III do §1º do presente artigo, é assegurado aos beneficiários de plano de saúde coletivo, contratados por operadoras de Plano de Assistência à Saúde, o direito ao atendimento nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava do contrato coletivo, pelo período de cento e oitenta dias após o início do inadimplemento das operadoras aos planos de assistência à saúde.

I – Nos casos de inadimplemento das operadoras de planos coletivos aos planos de assistência à saúde por períodos superiores a cento e oitenta dias, será facultada ao beneficiário desse plano, a migração para um plano individual de assistência à saúde, garantidas as mesmas condições de cobertura daquele que pertencia."

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei propõe alterações à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para impor condições protetivas aos consumidores beneficiários de planos de saúde coletivos, uma vez que assegura a esses beneficiários o direito ao integral atendimento à saúde nos casos de inadimplência das operadoras de plano de saúde com os planos de assistência á saúde, bem como oferece a opção de migração de um plano de saúde coletivo para um plano individual, sem causar prejuízo ao plano de saúde contratado anteriormente.

Com isso, aqueles beneficiários que se associam a entidades de autogestão, cooperativas, sociedades civis, comerciais ou profissionais para contratarem um plano de saúde, preservam sua proteção na relação de consumo, mesmo que tais associações e entidades permaneçam inadimplentes com os planos de assistência à saúde, por um período de cento e oitenta dias. Caso esse prazo seja extrapolado, pode o consumidor optar por migrar para um plano de saúde idêntico, porém individual.

Ora, se os beneficiários pagam e contribuem em dia com as faturas mensais de seus planos de saúde, não são eles que, adoentados e necessitados de cuidados médicos, devem arcar com problemas financeiros entre as operadoras de planos coletivos de saúde e as empresas prestadoras de serviços de planos de saúde.

Desse modo, o presente Projeto de Lei tende a equilibrar a relação consumerista, protegendo a parte mais frágil dessa relação, que é o consumidor, sem onerar de forma injusta ou ilegal as demais partes dessa relação.

Como nessas situações, a parte prejudicada sempre é o consumidor, ou seja, o beneficiário de planos de saúde coletivos, proponho a inclusão das proposições ora apresentadas, ajustando nossa Lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a fim de minimizar os transtornos causados aos consumidores.

Nesse compasso, visando corrigir imperfeições na atual legislação que trata dos Planos de Saúde e, sobretudo, objetivando ampliar os direitos dos consumidores desse segmento, é que nos levam a apresentar a presente proposta legislativa, na qual pugnamos aos nobres pares pela sua aprovação.

Diante do exposto, conto com o apoio dos Nobres Parlamentares na aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 05 de julho de 2011.

Dep. REGUFFE
PDT/DF

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.066, DE 2011

(Do Sr. Geraldo Resende)

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatória a cobertura completa pelos planos de saúde de cirurgias para remoção de excesso de pele remanescente de cirurgia bariátrica e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-805/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei acrescenta o art. 10-B e seu parágrafo único à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para garantir aos beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde cobertura de cirurgia para remoção de excesso de pele remanescente de gastroplastia, e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins.

Art. 2º Acrescentem-se o art. 10-B e parágrafo único à Lei nº 9.656, de junho de 1998, com a seguinte redação:

"Art. 10-B. Aos beneficiários dos planos de saúde de que trata esta lei será garantida a cobertura completa de cirurgia para remoção de excesso de pele remanescente de gastroplastia e de cirurgias de transplante de fígado, coração, pâncreas e rins.

Parágrafo único. A cirurgia para remoção de excesso de pele poderá ser feita após transcorridos dois anos da realização da cirurgia bariátrica."

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

J U S T I F I C A Ç Ã O

O problema da obesidade no Brasil e no mundo tomou proporções alarmantes. Segundo dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde em 2010, pelo menos 2,6 milhões de pessoas morrem todo ano por complicações causadas pela obesidade. Somente no Brasil, conforme pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, há cerca de 17 milhões de obesos, que representam 9,6% da população nacional.

Recentemente, em 02/08/2011, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão vinculado ao Ministério da Saúde que regula o mercado de planos privados de saúde, publicou no Diário Oficial da União a Resolução Normativa nº 262, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com cobertura assistencial obrigatória pelos planos de saúde. Nessa atualização foi incluída a gastroplastia ou cirurgia bariátrica, popularmente conhecida como cirurgia de redução do estômago.

Trata-se de grande avanço em nossa política de saúde pública, uma vez que a obesidade mórbida traz risco de vida ao paciente por ser fator de risco cardiovascular e estar relacionada ao desenvolvimento de doenças graves, como diabetes mellitus tipo 2, arteriosclerose coronariana, apnéia do sono obstrutiva, hipertensão arterial, problemas circulatórios, câncer, dentre outras. Sem se falar nos transtornos psicossociais em adultos, crianças e adolescentes obesos, sendo esses dois últimos também alvo de *bullyings* e perseguições nas escolas.

A cirurgia bariátrica, pois, constitui tratamento efetivo da obesidade mórbida, aumentando, assim, a expectativa de vida dos pacientes. Por outro lado, sabe-se que pacientes submetidos a essa cirurgia remanescem com veias mais dilatadas e excesso de pele.

A diminuição drástica de peso de pacientes submetidos à gastroplastia ocasiona a perda da elasticidade da pele e prejudica não só sua auto-estima, como também

fatores básicos de sua vida. O excesso de tecido remanescente resulta em prejuízos à postura e ao equilíbrio, dificuldade de integração social e de relacionamento sexual, além de depressão e dermatites localizadas nas dobras da pele.

Dessa forma, a cirurgia para remoção de excesso de pele é procedimento complementar, necessário e indispensável ao bom resultado da cirurgia bariátrica. Entendemos, pois, ser imprescindível a inclusão da cirurgia para remoção de excesso de pele no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com cobertura assistencial obrigatória pelos planos de saúde.

Some-se a isto o fato de que pesquisas médicas mencionam que a estabilização do peso do paciente ocorre geralmente entre um e dois anos após a cirurgia bariátrica. Assim, sugerimos, que a cirurgia para remoção de excesso de pele seja feita após dois anos da realização da gastroplastia, com cobertura obrigatória completa pelo plano de saúde.

Finalmente, as cirurgias para transplante de órgãos humanos são a última esperança de cura ou de sobrevida para milhares de pessoas que aguardam na fila de espera para receberem um novo órgão. Embora alguns órgãos possam ser doados em vida, como parte do fígado, um dos rins e parte da medula óssea, em outros casos os futuros receptores dependem da morte de outras pessoas para alcançarem uma esperança de vida. Outrosiim, muitos desses pacientes morrem antes de receberem os órgãos de que necessitam, devido à escassez de doadores.

Além da dificuldade para se conseguir um doador, não se pode infligir mais sofrimento ao paciente sem condições financeiras para arcar com os gastos de uma cirurgia urgente, quando não consegue ser atendido pela rede pública de saúde. Diante da possibilidade de se salvar uma vida mediante o transplante de órgão disponível, é justo que os planos de saúde promovam a cobertura completa do procedimento ao eu beneficiário.

Os transplantes de rim, fígado, pâncreas e coração precisam de intervenções cirúrgicas complexas e urgentes. E para minimizar a agonia e tormento desses pacientes em busca do direito de continuar vivendo, entendemos ser indispensável a inclusão, também, dessas cirurgias, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde com cobertura assistencial obrigatória pelos planos de saúde.

Por todo o exposto, vê-se que os benefícios da proposta ora intentada são indiscutíveis para a valorização da vida humana e contribuem para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Pugnamos, portanto, pela aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 18 de agosto de 2011.

Deputado GERALDO RESENDE
PMDB/MS

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 262, DE 1º- DE AGOSTO DE 2011

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

Art. 2º Os seguintes dispositivos da Resolução Normativa - RN nº 211, de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade - PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica." (NR)

"Art. 2º Esta Resolução é composta por três Anexos:

I - o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II - o Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT; e

III - o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo I." (NR)

"Art. 4º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656 de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista." (NR)

"Art. 6º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus Anexos que necessitem

de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anestesiologista terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica." (NR)
"Art. 7º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos desta Resolução, observando-se as seguintes definições:
.....(NR)
"Art. 8º.....
.....
§ 3º .....
I - .....
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor."(NR)
"Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada." (NR)
Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens." (NR)
"Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, inclusive medicação de uso oral domiciliar." (NR)
"Art. 16.
.....
§ 1º .....
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);
.....
§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.
§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.
§ 4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br)." (NR)
"Art.17. .....
.....
III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa;
IV - cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa.
V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;
VI - cobertura dos 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;
VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial;
.....
XII - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;
XIII - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;
.....
XV - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução.
.....(NR)

"Art.18. .....
.....
II - quando houver previsão de mecanismo financeiro de regulação disposto em contrato para internações hospitalares, o referido mecanismo aplica-se para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas;
III - cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução;
IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:
a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;
.....
VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;
VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:
a)crianças e adolescentes menores de 18 anos;
b)idosos a partir do 60 anos de idade; e
c) pessoas portadoras de deficiências.
VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilofaciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4° desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;
IX - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;
X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:
.....
c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;
.....
f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa;
g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa;
.....
j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa; e
k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.
.....
§ 2º .....
I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;
.....
III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.
§ 3º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:
I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgiãodentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos

procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência." (NR)
"Art. 19. .....
I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:
a) pré-parto;
b) parto; e
c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;
II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.
§ 1º Revogado.
§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução." (NR)
"Art. 20. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.
.....
§ 2° Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo I para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos." (NR)
"Art. 23. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br)."
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.328, DE 2011

(Do Sr. Reguffe)

Altera o inciso III do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar a todos os beneficiários de planos de saúde, o direito à cobertura total e integral de todos e quaisquer atendimentos e procedimentos médicos, custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em todas as modalidades que tratam o inciso I e o § 1º desse artigo.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

Art. 1º O inciso III do art. 1 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I –.....

II - .....

III - Carteira: é a cobertura total e integral de todo e qualquer atendimento à saúde, de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei propõe a alteração à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para impor condições protetivas aos consumidores beneficiários de planos de saúde, uma vez que assegura a todos os beneficiários o direito ao integral atendimento à saúde, com a cobertura total ao atendimento à saúde, de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades dos planos adquiridos.

A cobertura total de atendimento à saúde é indispensável e necessária a todos os beneficiários dos planos de saúde, pela falta de informação daqueles que os contratam, pois nunca se sabe ao certo quais tratamentos de doenças ou quais intervenções médicas são compreendidos pela abrangência dos planos de saúde adquiridos.

É bem verdade que, ao adquirir um plano de saúde, os beneficiários buscam somente que este plano possa abranger aquilo que cada um necessita para recuperar sua saúde. Como não há possibilidade de ter um conhecimento prévio do que a pessoa beneficiária necessitará de um plano de saúde, nada mais justo que todo e qualquer plano de saúde adquirido abranja todo e qualquer atendimento, intervenção médica ou tratamento que necessite.

Ademais, nossa medicina evolui dia após dia, através de pesquisas de novas formas de tratamento para as doenças que molestam os seres humanos e, não se encara com sensatez, a necessidade de se aguardar a autorização pela Agência Nacional de Saúde – ANS, para que se inicie a cobertura desses novos procedimentos para tratamento de doenças ou de qualquer outro procedimento médico, necessário para a recuperação da saúde dos seus beneficiários.

Ora, se os beneficiários pagam e contribuem em dia com as faturas mensais de seus planos de saúde, não são eles que, adoentados e necessitados de cuidados médicos,

devem arcar com a morosidade da cobertura de tratamentos pelos seus planos de saúde, uma vez que o que se busca é exatamente a garantia de tratamento médico para a doença que os assolam.

Lembrando que o indivíduo não escolhe ficar doente ou não. Trata-se de uma fatalidade, uma ocorrência da vida que todos estão suscetíveis e, quando isto ocorrer, aquele que paga para que um plano de saúde o cubra, deve ter sim a facilidade de se buscar sua cura com o tratamento mais indicado.

Desse modo, o presente Projeto de Lei tende a equilibrar a relação consumerista, protegendo a parte mais frágil dessa relação, que é o consumidor, sem onerar de forma injusta ou ilegal as demais partes dessa relação.

Como nessas situações, a parte prejudicada sempre é o consumidor, ou seja, o beneficiário de planos de saúde, proponho a obrigatoriedade de cobertura total dos planos de saúde para todo e qualquer atendimento médico necessário, ajustando nossa Lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a fim de estancar os transtornos causados aos consumidores nesse frágil momento.

Nesse compasso, visando corrigir imperfeições na atual legislação que trata dos Planos de Saúde e, sobretudo, objetivando ampliar os direitos dos consumidores desse segmento, é que me leva a apresentar a presente proposta legislativa, na qual pugno aos nobres pares pela sua aprovação.

Diante do exposto, conto com o apoio dos Nobres Parlamentares na aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 15 de setembro de 2011.

Dep. REGUFFE
PDT/DF

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 4º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.538, DE 2011

(Da Sra. Dra. Elaine Abissamra)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de os planos de saúde e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei acrescenta o inciso VIII ao art. 12 da Lei 9656, de 3 de junho de 1998, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12 .....

.....

VIII - O plano ou seguro-referência de que trata este artigo incluirá obrigatoriamente a vacinação dos segurados e seus dependentes, segundo recomendações das autoridades sanitárias.

Art. 2º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

As vacinas são produtos biológicos que protegem os indivíduos contra certas doenças. Podem ser fabricadas a partir de partes dos microrganismos que estimulam o seu organismo a constituir sua proteção.

Quando o indivíduo é vacinado (ou "imunizado"), o seu organismo tem a oportunidade de prevenir a doença sem os riscos da própria infecção. O organismo do paciente desenvolve proteínas protelaras chamados "anticorpos" que destroem o microrganismo.

O organismo pode guardar na memória como produzir esses anticorpos durante muito tempo, muitas vezes a vida toda. Desta forma, se o paciente estiver exposto novamente à doença, os anticorpos serão capazes de inibir os microrganismos antes que eles encontrem uma formo de causar a doença.

As vacinas provavelmente salvaram muito mais vidas do que qualquer outro tipo de medicamento na história. Estima-se que as vacinas poupam mais de 3 milhões de vidas a cada ano, e poderiam poupar muitas milhões a mais se todos recessem as vacinas adequadas.

As vacinas fazem mais do que apenas salvar milhões de vidas a cada ano. Ao prevenir doenças graves:

- As vacinas protegem milhões de pessoas contra a dor, sofrimento e mesmo incapacitação permanente.
- As vacinas reduzem a velocidade de disseminação da doença. Graças às vacinas, algumas das doenças que costumavam levar a óbito ou incapacitar milhares de pessoas são hoje bastante raras na maioria dos países (coma a pólio), ou mesmo foram eliminadas (como a varíola).

Desta forma, é imprescindível que as operadoras de planos ou seguro de saúde absorvam este procedimento assim reduziria os custos futuros com; doença, por exemplo, medicamentos, cuidados hospitalares.

Considerando a relevância da vacinação, estamos propondo a obrigatoriedade de os planos de saúde incluírem esta cobertura no plano referência, ou seja, no elenco mínimo e padrão dos serviços

ofertados.

Diante do exporto, contamos com o indispensável apoio dos nobres Pares para aprovação desta iniciativa.

Sala das Sessões, em 19 de outubro de 2011.

Deputada **ELAINE ABISSAMRA**
PSB/SP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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)*
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;
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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.645, DE 2011

(Do Sr. Alberto Filho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1677/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1◦ A presente lei destina-se a alterar a legislação sobre planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XIII:

“Art. 16 .....

.....

XIII – endereços para correspondência e eletrônico, bem como telefones para contato, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dos órgãos de defesa do consumidor atuantes na respectiva Unidade da Federação ou Município.”

Art. 3º Esta lei entra em vigor após 90 (noventa) dias de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

São bastante corriqueiras as notícias que dão conta sobre abusos praticados pelas empresas de planos de saúde. Muitas vezes o consumidor não tem como se proteger das alegações das operadoras que visam impedir o gozo de um direito legalmente ou contratualmente assegurado.

Uma lei, evidentemente, não tem o dom de garantir, por si só, o gozo da plenitude dos direitos nela insculpidos. Para isso existem os órgãos de defesa do consumidor, de fiscalização e regulação e o próprio Poder Judiciário.

Ocorre que, em muitas circunstâncias, como no caso de necessidade prementes de saúde, não fica claro para o consumidor para pensar em qual a melhor estratégia para fazer valer seus direitos. Nessas ocasiões, é necessário que ele se remeta aos serviços de defesa do consumidor ou, no caso específico dos planos de saúde, à Agência Nacional de Saúde Suplementar –

ANS -, que mantêm telefones de ligação gratuita para orientar e receber reclamações dos beneficiários de contratos do setor supletivo.

Assim, propomos que nos contratos firmados entre operadoras e consumidores, constem os endereços de correspondência e eletrônicos e os telefones da ANS e dos

órgãos de defesa do consumidor (PRONCONs, DECONs etc.), com vistas a facilitar o contato e garantir a correta e pronta orientação.

Esta proposição foi apresentada pelo ex-deputado federal Luiz Bassuma, na legislatura anterior a esta e, por sua solicitação, assumo a autoria reapresentando este importante projeto de lei que, se aprovado, beneficiará os titulares de planos de saúde em suas necessidades de informações urgentes e necessárias ao pronto atendimento pelas empresas deste setor.

Ante o exposto, e certo da justeza e grande alcance social desta proposição, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares para sua transformação em norma jurídica.

Sala das Sessões, em 08 de novembro de 2011.

Deputado Federal ALBERTO FILHO
PMDB/MA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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 como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.734, DE 2011

(Do Sr. João Dado)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que "Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3940/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os incisos II, X e XXIII, do art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º .....

II – estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras e dos prestadores de serviços médicos e hospitalares;

.....

X – definir, para fins de aplicação da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, a segmentação das operadoras, administradoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços médicos e hospitalares, observando as suas peculiaridades;

.....

XXIII – fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, zelando pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.” (NR).

Art. 2º O art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XLIII:

“Art. 4º.....

XLIII – estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade na prestação de serviços oferecidos às operadoras de planos privados de assistência à saúde, por meio de contratos ou convênios.”

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

JUSTIFICAÇÃO

A vigência da Lei 9.656, de 1998 — a Lei dos Planos de Saúde —, representou indubitavelmente um grande avanço para que milhões de brasileiros tivessem garantido o acesso àquilo que contrataram, ou julgaram contratar.

Até a publicação da norma citada, imperava a lei da selva, com as operadoras impondo cláusulas abusivas e uma relação sem qualquer equilíbrio. A parte fraca, o consumidor, era desprotegido e, mais adiante, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, passou a ter um órgão a quem dirigir suas reclamações e a buscar a regulação do mercado.

Não basta, todavia, regulamentar um dos *players* do setor da saúde suplementar, ou seja, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, se não regular alguns aspectos relevantes dos contratos de prestação de serviços médico-hospitalares que elas realizam, principalmente com referência aos reajustes de valores, controle e qualidade dos atendimentos e serviços prestados, manutenção dos contratos, causas de rescisão e outros aspectos pertinentes que afetam, diretamente, a relação jurídica existente entre beneficiários/consumidores e os planos de saúde.

Após mais de doze anos de vigência da Lei n. 9.656, 1989, verifica-se que alguns aspectos dos contratos com os credenciados devem ser regulados, pois estes também participam da efetiva prestação de serviços que é realizada para os beneficiários/consumidores, não podendo ser tratados de forma isolada, sem uma

regulação específica.

Verifica-se que a legislação precisa avançar, a fim de também regular aqueles que, efetivamente, prestam serviços aos beneficiários e consumidores, pois integram o mercado de saúde suplementar, assumindo, inclusive, responsabilidade solidária como mencionado acima e exercem atividade de relevância pública, consoante o disposto no art. 197 da Constituição Federal, que assevera serem de "relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle".

Esclareça-se ainda que a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS, não obstante os limites impostos pela Lei n. 9.961, 2000, baixou diversas resoluções tratando da contratualização das operadoras de planos privados de assistência à saúde e suas redes credeciadas, como demonstram as Resoluções Normativas — RN ns. 42, 54, 71, e 241.

Se não bastassem as resoluções supramencionadas que estabelecem regras com referência aos contratos firmados com os prestadores de serviços, cumpre-nos, também, trazer à colocação normas que interferem no fluxo de informações entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços.

Verifica-se, portanto, que mesmo sem as alterações propostas na Lei n. 9.961, de 2000, o órgão regulador tem promulgado diversas normas que regulamentam a relação jurídica existente entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços.

As alterações legislativas propostas neste Projeto, sugeridas em parte pelas UNIDAS, visam dar maior poder ao citado órgão regulador, não obstante os normativos já promulgados, que poderá disciplinar diversos aspectos envolvendo os prestadores de serviços que acabam impactando a relação jurídica das operadoras com os seus beneficiários ou consumidores.

Esperamos, assim, contar com o endosso de nossos ilustres Pares no Congresso Nacional para a aprovação de medida que, certamente, contribuirá para o aperfeiçoamento da atividade de regulação do setor de saúde suplementar, e, consequentemente, beneficiar a assistência à saúde de nossa população.

Sala das Sessões, em 17 de novembro de 2011.

Deputado JOÃO DADO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

.....

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. *(Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)* e *(Parágrafo com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)*

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*

.....

.....

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de

planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste

artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.981, DE 2011

(Do Sr. Francisco Praciano)

Acrescenta o art. 10-B à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estipular a obrigação das operadoras de plano de saúde de repararem lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob cobertura do plano.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1 º - Acrescente-se à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, o seguinte artigo:

“Art. 10-B. Cabe às operadoras dos planos de assistência à saúde de que trata esta Lei, por meio de suas redes de unidades conveniadas, a obrigação de reparar lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob a cobertura dos seus planos, utilizando-se de todos os meios, procedimentos técnicos e equipamentos tais como próteses, órteses e seus acessórios, necessários para o restabelecimento da área lesionada, independentemente da sua previsão no plano de saúde contratado.”

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

JUSTIFICAÇÃO

No decorrer deste ano de 2011, chegou ao conhecimento do meu Gabinete a história dos percalços de um amazonense em busca das condições mínimas de saúde e de uma vida digna. Teve ele a infelicidade de ter diagnosticado um câncer em seu reto, para o qual o tratamento seria a extirpação cirúrgica. A cirurgia correu por conta do seu plano de saúde e, em consequência desta, ele foi acometido por uma incontinência urinária severa.

A solução para este novo problema seria o implante de um “esfíncter artificial”, mas a operadora do plano de saúde negou-o, por não fazer este parte do rol contratado no plano de saúde deste já sofrido amazonense. Impossibilitado de levar uma vida minimamente normal, ele recorreu ao Poder Judiciário, tendo conseguido uma tutela antecipada para a realização da cirurgia corretiva. Posteriormente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) manifestou-se negativamente ao direito dele ao

procedimento.

Ocorre que, nas duas negativas recebidas, a justificativa apresentada foi a mesma: a inexistência do tratamento almejado no rol contratado com a operadora do plano de saúde. Não levaram em consideração, tanto a operadora quanto a ANS, de que a necessidade desse tratamento foi em decorrência de uma cirurgia realizada pela cobertura do plano de saúde. Obviamente, sua correção, embora não prevista no rol do plano, deve ser arcada pela operadora.

Da observação dessa história é que surgiu o presente Projeto de Lei, em razão de que, embora ela conte os percalços de um único amazonense, tenho certeza de que ela se repete, incontáveis vezes, nos demais estados da Federação.

De fato, a obrigação de reparação do dano causado é regra primária de direito, encontrando-se, de toda forma, insculpida no artigo 186 de nosso atual Código Civil. Entretanto, a ausência de previsão específica na legislação referente aos planos de saúde (Lei nº 9.656/1998) impede que esta reparação seja feita automaticamente, obrigando o cidadão já prejudicado a procurar o Poder Judiciário para ver atendido o seu direito.

Assim, tendo em vista os benefícios que esta proposição trará para o melhor atendimento à saúde da população brasileira através dos planos de saúde privados, solicito o apoio dos nobres Pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 14 de dezembro de 2011.

FRANCISCO PRACIANO
Deputado Federal (PT/AM)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE GERAL

.....

LIVRO III
DOS FATOS JURÍDICOS

.....

TÍTULO III
DOS ATOS ILÍCITOS

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.
Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.982, DE 2011

(Do Sr. Anthony Garotinho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o ressarcimento do atendimento médico de usuários de planos de saúde pela rede pública.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-6483/2009.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º . O art. 32 caput, §§ 1º e 4º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. Ficam obrigadas as operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei a ressarcir os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS e em unidades de saúde pertencentes à rede pública.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao órgão gestor da unidade de saúde, mediante tabela de procedimentos do SUS.

.....

.....

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora e ao médico responsável pelo atendimento, separadamente.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora à razão de um por um por cento ao mês ou fração;(NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO:

A saúde está sucateada em todo o território nacional e a justificativa dada à sociedade é sempre a da falta de recursos para aprimorar o setor. Assistimos quadros dantescos de doentes em macas pelos corredores dos hospitais e dos postos de saúde, quando não estão sobre lençóis pelo chão. Vemos mães dando a luz em táxis nos estacionamentos ou em escadarias. Vemos profissionais mal remunerados, desinteressados e ausentes.

Em geral, vemos a rede pública, nos atendimentos de urgência e emergência, deixar de atender a população pobre em áreas carentes, enquanto atendem usuários de planos de saúde que podem muito bem ressarcir os cofres públicos pelo atendimento. Esse procedimento gera desequilíbrio e direciona recursos para áreas que não precisam, enquanto os hospitais e postos em áreas carentes deixam de receber recursos.

Os planos de saúde são caríssimos, mas nos casos de urgência e emergência o paciente é atendido na rede pública e esse ressarcimento é imprescindível para o sistema de saúde pública.

Uma forma de contornar a falta de recursos foi estabelecida na Lei 9.656, de 1998, mais conhecida como Lei dos Planos de Saúde, que em seu artigo 32 prevê o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Outro ponto que gera desequilíbrio é a forma do ressarcimento, que é feito à instituição responsável pelo atendimento que se encarrega de repassar os honorários do médico. A despeito da determinação da Lei que prevê um prazo de 15 dias a partir da cobrança para que o ressarcimento seja efetuado, é habitual que os hospitais levem um tempo bem superior para repassar o honorários dos médicos responsáveis por esses atendimentos.

Dessa forma, proponho que sejam feitos os ajustes propostos de forma a agilizar os ressarcimentos às instituições da rede pública de saúde e aos profissionais separadamente e conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto.

Sala de sessões, 14 de dezembro de 2011.

Deputado Federal ANTHONY GAROTINHO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.087, DE 2012

(Do Senado Federal)

PLS nº 366/2011
OF. nº 2482/2012 (SF)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para tomar explícito que a gratuidade é um princípio do Sistema Unico de Saúde (SUS) e para vedar a cobrança, por parte das unidades da rede própria do SUS, pela execução de ações de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

PL. 3087 | 2012

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para tornar explícito que a gratuidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e para vedar a cobrança, por parte das unidades da rede própria do SUS, pela execução de ações de saúde.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º Os arts. 7º e 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º .....

.....

XIV – gratuidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde." (NR)

"Art. 32. .....

.....

§ 7º É vedado aos serviços de que tratam o **caput** e o § 1º do art. 4º desta Lei:

I – exigir ou aceitar, de operadoras de planos privados de assistência à saúde ou diretamente de pacientes atendidos, contraprestação pecuniária pela execução de ações de saúde, ressalvado o disposto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

II – oferecer qualquer espécie de privilégio, prioridade ou reserva de leitos a beneficiários ou segurados das pessoas jurídicas de que trata o art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

Senado Federal, em 30 de dezembro de 2011.

José Sarney

Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

vpl/pls11-366t

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.
§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:
I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:
I - a execução de ações:
a) de vigilância sanitária;
b) de vigilância epidemiológica;
c) de saúde do trabalhador; e
d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.
§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:
I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.
§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as

medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:
I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III
DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

.....

TÍTULO V
DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I
DOS RECURSOS

.....

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:
I - (VETADO)
II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
III - ajuda, contribuições, doações e donativos;
IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e
VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.
§ 1º Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.
§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.
§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.
§ 4º (VETADO).
§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.
§ 6º (VETADO).

CAPÍTULO II
DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.
§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.
§ 2º (VETADO).
§ 3º (VETADO).
§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

.....

.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de*

24/8/2001)
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.285, DE 2012

(Do Sr. Amauri Teixeira)

Dispõe sobre a proibição das Seguradoras de Planos de Saúde estabelecerem limites de gastos com internação.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2328/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei proíbe as Seguradoras de Planos de Saúde estabelecerem limites de gastos com internação.

Art. 2º Esta lei proíbe as Seguradoras de Planos de Saúde estabelecerem prazo máximo de permanência de segurados.

Art. 3º O descumprimento do disposto nesta lei sujeita à seguradoras de planos de Saúde às penas previstas na lei 9.656 de 3 de junho de 1988.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A prática abusiva de cláusulas contratuais de seguros de saúde que estabelecem

limitação de valor para o custeio de despesas com tratamento clínico, cirúrgico e de internação hospitalar provoca diversos transtornos aos segurados de planos de saúde.

É necessário mudar o sistema normativo vigente que permite às seguradoras fazer constar da apólice de plano de saúde privado cláusulas limitativas de riscos adicionais relacionados com o objeto da contratação, de modo a responder pelos riscos somente na extensão contratada. Essas cláusulas meramente limitativas de riscos extensivos ou adicionais relacionados com o objeto do contrato não se confundem, porém, com cláusulas que visam afastar a responsabilidade da seguradora pelo próprio objeto do núcleo da contratação, as quais são abusivas.

As seguradoras assumem o risco de cobrir o tratamento da moléstia que acometem seus segurados. No entanto, por meio de cláusula limitativa e abusiva, reduz os efeitos jurídicos dessa cobertura, ao estabelecer um valor máximo para as despesas hospitalares, tornando, assim, inócuo o próprio objeto do contrato.

Essa discussão não é meramente limitativa de extensão de risco, mas abusiva, porque excludente da própria essência do risco assumido, devendo ser proibida em todo e qualquer contrato.

Diante do exposto, peço o apoio dos nobres parlamentares desta Casa para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 29 de fevereiro de 2012.

Deputado **AMAURI TEIXEIRA**
(PT/BA)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória*

nº 2.177-44, de 24/8/2001)
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.346, DE 2012

(Da Sra. Erika Kokay)

Acrescenta o art. 135-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º. Esta lei acrescenta o art. 135-A ao Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, a fim de tipificar a recusa ou protelação de atendimento médico.

Art. 2.º. Fica acrescido o art. 135-A ao Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, com a seguinte redação:

“Art. 135-A. Recusar ou protelar atendimento médico-hospitalar em qualquer

estabelecimento de saúde:

Pena – reclusão, de três a cinco anos.

§1.º A pena é aumentada pela metade se da recusa ou protelação resulta lesão corporal grave.

§2.º A pena é aumentada em dois terços se da recusa ou protelação resulta morte.”

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

JUSTIFICAÇÃO

São frequentes e chocantes os casos de falta de atendimento médico divulgados pela mídia em estabelecimentos de saúde públicos e privados.

O descaso com a saúde tornou-se uma epidemia de consequências funestas para a sociedade, desamparada e refém de um sistema de saúde falido, que, entretanto, consome uma parte considerável do orçamento familiar.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, é o que proclama a Constituição Federal de 1988. Entretanto, esse texto é apenas uma utopia constitucional, que nunca chegou a ser efetivada no Brasil.

O que se vê são pessoas morrendo nas filas e nos corredores de hospitais, pacientes jogados em macas ou mesmo pelo chão sem qualquer atendimento.

A situação é aterrorizante e as autoridades parecem não se importar com esse caos em que se transformou a rede hospitalar no Brasil inteiro.

A situação dos hospitais e clínicas particulares não é diferente. Até mesmo pacientes com recursos financeiros para pagar um plano caro de saúde não escapam dessa triste realidade.

Empresas de planos de saúde exploram comercialmente essa atividade com grandes lucros, enquanto os clientes não recebem o tratamento adequado e prometido na formalização do contrato.

A saúde tornou-se um lucrativo comércio e os hospitais particulares atendem aos pacientes como se fossem consumidores em um supermercado.

Somente após a realização do pagamento e a checagem da idoneidade do cheque ou do cartão de crédito, o consumidor tem o direito de retirar sua mercadoria, ou seja, receber o atendimento necessário à saúde e à integridade física.

Em alguns hospitais particulares, quem não tem plano de saúde precisa assinar um contrato prévio, comprometendo-se a pagar por qualquer intervenção cirúrgica ou tratamento que o médico julgar necessário.

Isso abre uma porta para a exploração e para a realização de tratamentos desnecessários, uma vez que, mesmo antes da consulta médica e de qualquer diagnóstico, o paciente já é obrigado, ainda na recepção, a se comprometer com o pagamento de intervenções cirúrgicas e outros tratamentos.

Mesmo se submetendo a toda essa humilhação, o paciente não tem a garantia de um atendimento adequado e de qualidade e muitos acabam morrendo após terem consumido todo o seu patrimônio em despesas médico-hospitalares.

Exemplo disso foi o recente caso do servidor Duvanier Ribeiro que faleceu em virtude da recusa de atendimento médico por hospital particular.

A fim de conter esses abusos, proponho a criação de um tipo penal específico para a recusa e protelação do atendimento em qualquer estabelecimento de saúde, punindo-se adequadamente os criminosos que sacrificam milhares de vidas anualmente, por descaso, ganância ou incompetência.

A saúde deve ser, de fato, e não apenas no papel, um direito de todos e um dever do Estado brasileiro.

Sala das Sessões, em 06 de março de 2012.

Deputada ERIKA KOKAY

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

CÓDIGO PENAL

.....

PARTE ESPECIAL

(Canceladas na Parte Especial quaisquer referências a valores de multas, substituindo-se a expressão "multa de" por "multa" de acordo com o art. 2º da Lei nº 7.209, de 11/7/1984)

TÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A PESSOA

.....

CAPÍTULO III
DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAUDE

.....

Omissão de socorro

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Maus tratos

Art. 136. Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§2º Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.
§3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de catorze anos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 8.069, de 13/7/1990)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.675, DE 2012
(Do Senado Federal)

PLS nº 475/2011
OF. nº 499/2012 (SF)

Acrescenta art. 1º-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer princípios a serem observados na atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O **Congresso Nacional** decreta:

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

"Art. 1º-A. A atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde obedecerá aos seguintes princípios:

I – integralidade das ações, respeitada a segmentação contratada;

II – atenção multiprofissional;

III – incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças;

IV – uso da epidemiologia para o monitoramento da qualidade das ações e para a gestão em saúde;

V – respeito à autonomia e à integridade física e moral das pessoas assistidas;

VI – garantia do direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde;

VII – adoção de medidas e práticas que evitem a estigmatização das pessoas assistidas;

VIII – estímulo a práticas assistenciais alternativas à institucionalização na atenção aos transtornos mentais;

IX – estímulo ao parto normal.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos no **caput** deverão ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações

contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação."

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

Senado Federal, em 10 de abril de 2012.

Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.
§ 1º. Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se:
I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;
II - operadoras de seguros privados da assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.
§ 2º. Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.
§ 3º. A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.
§ 4º. As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento de capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.
§ 5º. É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde."
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.949, DE 2012

(Do Sr. Edmar Arruda)

Altera o texto da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre os serviços assistenciais vinculados a sindicatos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4075/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

"§ 5º Não se aplica o disposto no "caput" aos serviços sociais e assistenciais direcionados à saúde do trabalhador, vinculados a sindicatos ou por eles mantidos, desde que atendidas as seguintes condições:

ser a prestação dos serviços prevista na convenção coletiva de trabalho do setor, não podendo ter fins lucrativos, com aplicação de todas as contribuições patronais arrecadadas exclusivamente no atendimento à saúde dos usuários;

ser a administração dos serviços exercida por uma diretoria não remunerada e composta integralmente por membros do sindicato mantenedor;

ser a prestação dos serviços realizada somente nas instalações da entidade, e por profissionais diretamente contratados;

que o serviço social comprove o vínculo empregatício do seu usuário com alguma empresa do setor de atividade econômica sob sujeição da convenção coletiva de trabalho do sindicato vinculado ou mantenedor." (NR)

Art. 2º Poderão ser contratados serviços terceirizados para realização de exames complementares ou de apoio diagnóstico, desde que exclusivamente para atender às demandas dos profissionais citados na alínea "c" do art. 1º.

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

JUSTIFICAÇÃO

O país vem envidando esforços e aplicando recursos na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos inegáveis avanços, o setor de saúde suplementar ainda é indispensável, respondendo por uma importante parcela da atenção à saúde.

Uma modalidade de prestação de assistência à saúde, bem como de serviços sociais, que tem tomado vulto nos últimos anos é a realizada por sindicatos, patronais ou de trabalhadores, que contratam diretamente profissionais para atender aos sindicalizados e seus dependentes.

Estes serviços, abrangendo, conforme o caso, assistência médica, odontológica, psicológica, de enfermagem e de assistência social, além de outras ligadas à saúde, são integralmente financiados pelos empregadores e desempenham um importante papel social e sanitário. Sem fins lucrativos, atendem a uma importante parcela da população que por si só não teria como custear tais serviços, e em última análise reduzem a pressão sobre o SUS e seus recursos.

Os planos de saúde e assemelhados são regulados pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que entre outras coisas obriga as operadoras de planos e seguros a registrarem-se junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a manter carteiras abrangentes de serviços. Eis que os serviços sociais dos sindicatos, caso

fossem obrigados a cumprir todas as disposições da Lei n.º 9.656/98, estariam fadados à extinção, visto serem pequenas entidades, com recursos limitados e oferecendo serviços básicos a seus usuários.

Até o momento os serviços sociais vêm sendo dispensados de registro, por haver um entendimento correto de que não se equiparam a operadoras de planos ou seguros de saúde. No entanto, tal situação não tem garantia sob o ponto de vista jurídico, por não haver disposição legal a respeito.

O presente projeto de lei é uma iniciativa para resolver tal situação e conferir segurança jurídica àquelas entidades. As disposições que acresce à Lei nº 9.656/1998 dão fundamento legal à dispensa de registro junto à ANS, no entanto, vinculando-a a critérios claros e definidos, impedindo por exemplo a ação de má fé por empresas com fins lucrativos.

Peço portanto a meus nobres pares o apoiamento e os votos necessários para aprovar esta proposição, de cujo mérito estou mais do que convicto.

Sala das Sessões, em 24 de maio de 2012.

Deputado EDMAR ARRUDA
Presidente da Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara dos Deputados

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de

cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.036, DE 2012

(Da Sra. Nilda Gondim)

Obriga as operadoras de planos privados de assistência à saúde a disponibilizar individualmente aos segurados informações sobre o descredenciamento de hospitais, clínicas e médicos e atualização dos dados de sua rede assistencial em tempo real.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1677/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei dispõe sobre a obrigatoriedade das operadoras de planos privados de assistência à saúde disponibilizar individualmente aos segurados informações sobre o descredenciamento de hospitais, clínicas e médicos e atualização dos dados de sua rede assistencial em tempo real.

Art. 2º. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem informar individualmente aos seus segurados sobre o descredenciamento de hospitais, clínicas e médicos.

Parágrafo único. O prazo para a comunicação do descredenciamento ao segurado deve ocorrer no máximo em até trinta dias da efetivação do ato.

Art. 3º. As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem em tempo real disponibilizar nos seus portais corporativos na Internet informações atualizadas de sua rede assistencial credenciada.

Art. 4º. As operadoras de planos privados de assistência à saúde responderão pelos danos e ônus que poderão suceder ao segurado, caso este contate hospital, clínica ou médico para atendimento e no prazo estabelecido nesta lei, este não tenha sido comunicado sobre o descredenciamento de que trata o art. 2º.

Art. 5º. Esta lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Trata a presente proposição de tema bastante corriqueiro que afeta diretamente muitos consumidores detentores de planos de saúde privados.

Merece o nosso cuidado especial os casos de segurados desse seguimento da rede privada de saúde que muitas vezes são surpreendidos nos guichês de atendimento de hospitais e/ou de clínicas onde são comunicados sobre o descredenciamento dos seus planos de saúde naqueles estabelecimentos.

Tal situação é constrangedora para os usuários desse sistema de saúde, que em meio ao desconhecimento dos referidos descredenciamentos acabam gastando tempo à procura dos que atendam aos seus planos de saúde. Em especial destacamos que alguns consumidores podem, nessa busca desenfreada, correr risco de vida ou ainda, em virtude da demora ou busca por atendimento ter a situação de saúde agravada em razão de perda de tempo à procura dos credenciados.

Isso porque nem todas as situações podem ser incluídas no rol dos denominados atendimentos emergenciais. Mesmo nessas ocasiões muitas redes hospitalares negam-se a atender o segurado cujo plano de saúde encontra-se suspenso ou descredenciado. Esta é a realidade.

Frise-se que “o número de pessoas vinculadas aos planos de saúde atingiu 46,6 milhões no segundo trimestre de 2011, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Um crescimento de 7,6. De acordo com o Ministério da Saúde, o número de hospitais credenciados aos planos privados de saúde cresceu 9,7%, entre maio de 2010 e de 2011.”[7] Daí ser importante a comunicação imediata de eventuais descredenciamentos aos usuários.

Registramos por oportuno que nessa mesma esteira, recentemente a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), nos termos do REsp 1.144.840/SP(2009/0184212-1), por unanimidade, deu provimento ao recurso especial interposto pela família de um paciente cardíaco que, ao buscar atendimento de emergência, foi surpreendido pela informação de que o hospital não era mais conveniado. Saliente-se que a operadora havia descredenciado o hospital sem aviso

[7] http://www.iesssaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_content&view=article&id=142:o-avanco-dos-planos-de-saude&catid=29:the-cms&Itemid=44

prévio individualizado ao segurado.

No caso recorrente (REsp 1.144.840/SP), o doente e sua família foram obrigados a arcar com todas as despesas de internação, que superaram R$ 14 mil, e infelizmente o paciente veio falecer quatro dias depois. Embasada nas alegações apresentadas no recurso especial a Turma restabeleceu a decisão de primeira instância e condenou a empresa a indenizar a esposa e a filha do paciente.

Vale destacar que o artigo 3º do presente projeto de lei está escudado na Resolução Normativa nº 285/2011, da ANS que atenta às questões de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços de saúde por parte das operadoras, editou tal ato obrigando-as a disponibilizar em suas páginas corporativas na Internet, em tempo real, os dados de suas redes assistenciais(hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da saúde.

Frise-se que embora as operadoras de planos de saúde privados tenham liberdade para alterar as suas redes credenciadas, por outro lado, estas devem manter seus associados devidamente atualizados e informados sobre eventuais mudanças. Comunicação esta, imprescindível, para os que pagam pelos planos de saúde. Especialmente no tocante às novidades nas áreas de coberturas e/ou credenciados ou descredenciamentos. Sendo este último o motivo principal da apresentação da presente proposição.

Considerando por fim, que a saúde no Brasil ainda é um grande desafio a ser vencido e que a busca por atendimento na rede de saúde privada tem sido uma válvula de escape para quase 50 milhões de brasileiros, que merecem das operadoras desse seguimento, maior transparência no que tange as suas coberturas, credenciados ou descredenciamentos, espero poder contar com o apoio dos ilustres Pares para a aprovação desta propositura.

Sala das Sessões, em 06 de junho de 2012.

Deputada NILDA GONDIM

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

MINISTÉRIO DA SAÚDE
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 285, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos V, XV, XXIV, XXV, XXXII, XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, todos da Lei Nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o art. 35-G da Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998, combinado com o inciso IV do art. 4º e inciso III do art. 6º da Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990; o inciso II do art. 5º da RN Nº 190, de 30 de abril de 2009; a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN Nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 20 de dezembro de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DO OBJETO

Art. 1º A presente Resolução Normativa dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009, e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre sua rede assistencial, observando os seguintes requisitos mínimos:
I - a rede assistencial deverá ser exibida por plano de saúde, apresentando:
a) o nome comercial do plano de saúde;
b) seu Nº de registro na ANS ou seu código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei Nº 9.656, de 1998 (SCPA);
c) sua classificação para fins de comercialização, na forma do artigo 2º, da RN Nº 195, de 2009; e
d)sua situação junto à ANS na forma do artigo 12 da RN Nº 85, de 2004.
II - cada prestador de serviços de saúde que compõe a rede assistencial deverá ser exibido com os seguintes dados:
a) tipo de estabelecimento;
b) nome fantasia do estabelecimento, se houver, além da razão social e do CNPJ do estabelecimento, caso se trate de pessoa jurídica;
c) nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, com o número de registro no respectivo Conselho Profissional;
d) especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s), de acordo com o contrato firmado junto à operadora de planos privados de assistência à saúde, nos moldes das Resoluções Normativas - RN Nº 42, de 4 de julho de 2003; RN Nº 54, de 28 de novembro de 2003, e RN Nº 71, de 17 de março de 2004;
e) endereço, contendo:
1. unidade da Federação;
2. município;
3. bairro;
4. logradouro;
5. número; e
6. código de Endereçamento Postal - CEP.
f).outras formas de contato:

1. ddd e telefones; e
2. sítio eletrônico da Internet, caso exista.

g) o nome comercial e o registro junto à ANS dos planos de saúde que garantem seu atendimento.

§ 1º A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde previstos no inciso II deste artigo.

§ 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter atualizados em tempo real os dados de sua rede assistencial, sem prejuízo da garantia dos direitos contratuais dos beneficiários.

§ 3º É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde condicionar o acesso às informações de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários.

Art. 3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 20.000 (vinte mil) e inferior a 100.000 (cem mil) beneficiários, deverão oferecer a opção de visualização de sua rede assistencial por meio de mapas que indiquem a localização geográfica individualizada dos prestadores de serviços de saúde (mapeamento gráfico).

Art. 4º As operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários, deverão oferecer a opção de visualização de sua rede assistencial por meio de imagens ou mapas que indiquem a localização espacial geográfica individualizada dos prestadores de serviços de saúde (mapeamento gráfico dinâmico).

Art. 5º A visualização de que trata os arts. 3º e 4º desta RN deve refletir o resultado da pesquisa dos prestadores de serviços de saúde consoante os dados previstos no inciso II do art. 2º.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º O descumprimento do disposto nesta Resolução Normativa ensejará a aplicação da penalidade prevista no art. 74 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006.

Art. 7º O art. 2º, o inciso I do art. 4º, o nome da subseção II da seção I do Capítulo II e o caput e inciso II do art. 5º, todos da Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar na Internet um portal corporativo destinado ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, e para o seus prestadores de serviço de saúde, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, sete dias por semana." (NR)

"Art. 4º .....

I - para o público em geral, especialmente aos seus beneficiários; e

....."(NR)

"CAPÍTULO II

.....

Subseção II

Da Área do Portal Corporativo na Internet Destinada ao Público em Geral, Especialmente aos Beneficiários da Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde" (NR)

"Art. 5º O portal corporativo na Internet operadora de planos privados de assistência à saúde em sua área destinada ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários deverá disponibilizar as seguintes informações:

.....

II - a relação da rede credenciada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, de forma atualizada, conforme as regras estabelecidas pela RN Nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

....."(NR)
Art. 8º O parágrafo único do art. 44 da RN Nº 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 44.....
Parágrafo único. Aplica-se este artigo também na hipótese de descumprimento dos arts. 2º; art. 4º, caput e parágrafo único; e art. 12 da Resolução Normativa Nº 190, de 30 de abril de 2009." (NR)
Art. 9º Revogam-se as alíneas "a" a "e" do inciso II do art. 5º da RN Nº 190, de 30 de abril de 2009.
Art. 10. Esta Resolução entrará em vigor em:
I - 180 (cento e oitenta) dias após a data da publicação desta RN para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com número igual ou superior a 100.000 (cem mil) beneficiários; e
II - 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias após a data da publicação desta RN para as operadoras de planos privados de assistência à saúde com número inferior a 100.000 (cem mil) beneficiários.
Art. 11 Durante os períodos de vacância previstos no artigo 10 desta Resolução Normativa, os dados apresentados nos sítios das operadoras de planos privados de assistência à saúde na internet poderão não refletir as informações constantes no sistema de registro de produtos.
MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

PROJETO DE LEI N.º 4.077, DE 2012

(Do Sr. Giroto)

Acrescenta o art. 12-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-394/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 12-A:

“Art. 12-A. As operadoras de que tratam os incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, sempre que, por qualquer motivo, negarem cobertura a algum beneficiário, são obrigadas a fornecer documento em que informem detalhadamente e em linguagem acessível a razão pela qual se deu tal negativa.

Parágrafo único. O documento a que alude o caput deve ser encaminhado ao domicílio informado pelo beneficiário.”

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

JUSTIFICAÇÃO

As normas que regulam o Sistema de Saúde Suplementar demandam permanente atualização em face da prática concreta de prestação desse serviço. Assim é que muitos usuários de planos de saúde reportam aos PROCONs e à própria ANS queixas de que tiveram a cobertura de procedimentos negada por sua operadora e não receberam informações ou as receberam de forma insatisfatória sobre o porquê de tal negativa.

Ora, o usuário é parte fraca dessa relação. Se um profissional de saúde recomenda um procedimento e a operadora se recusa a cobri-lo, seja por razões de ordem técnica, seja por questões de fundo contratual, é fundamental que o cidadão em questão seja informado corretamente e de forma clara e precisa dos motivos que levaram ao não cumprimento da cobertura pretendida.

No mais das vezes as alegações são incompreensíveis e têm como único objetivo protelar a realização de atos complexos e dispendiosos, mas que podem significar a perda de um tempo precioso para a recuperação ou manutenção da saúde do indivíduo. O fornecimento de um documento claro e objetivo, com as razões que levaram à negativa de cobertura, torna-se, desse modo, imprescindível para que o usuário não apenas possa compreender os motivos, mas que possa também recorrer dessa recusa nos fóruns adequados.

Isto posto, esperamos contar com o endosso do Congresso Nacional para aprovação desta matéria que, indubitavelmente, representará aperfeiçoamento de grande relevância da legislação que rege o sistema suplementar de saúde no País.

Sala das Sessões, em 18 de junho de 2012 .

Deputado GIROTO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade

de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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)*
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;
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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.201, DE 2012

(Do Sr. Eduardo da Fonte)

Altera a Lei nº 9.656, de 1998, Lei dos Planos de Saúde, para prever que nos contratos coletivos o reajuste dependerá de prévia autorização da ANS e que a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato só ocorra em caso de fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional **DECRETA**:

Art. 1º. O inciso II e o **caput** do parágrafo único do art. 13, o inciso III do **caput** do art. 35-E e o § 2º do mesmo artigo, todos da Lei nº 9.656, de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13. (...)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente **ou coletivamente**, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I – (...);

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato **individual, familiar ou coletivo**, 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;

.....

Art. 35-E. (...):

I – (...);

II – (...);

III - **é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual, familiar ou coletivo de produtos por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;**

.....

§ 2º **Nos contratos individuais, familiares e coletivos de produtos**, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS." (NR)

Art. 2º. Esta Lei entra em vigor no dia 1º de janeiro do ano seguinte ao de sua sanção.

Art. 3º. Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Estudos efetuados pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) indicam que os planos de saúde, em sua maioria, são coletivos. No caso dos planos novos, vendidos a partir de 1999, só 25% são individuais ou familiares. Boa parte das grandes operadoras pararam de vender planos individuais nos últimos anos.

As operadoras passaram a oferecer "falsos planos coletivos", em razão de três fatores principais:

1º) A omissão da ANS em relação aos planos coletivos permite que predomine na relação com os usuários/consumidores o contrato entre a operadora e o empregador/associação/sindicato, em detrimento da lei.

2º) Os reajustes anuais dos contratos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS.

3º) A legislação não proíbe explicitamente o cancelamento de contrato, diferentemente da regra clara existente para os contratos individuais/familiares. Por conta disso a ANS se omite quando há rescisão unilateral de contrato por parte das operadoras.

Em razão disso, estou propondo que os reajustes dos planos coletivos passem também a serem aprovados previamente pela ANS e que a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato coletivo seja vedada, 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.

Sala das Sessões, em 11 de julho de 2012.

Deputado EDUARDO DA FONTE
(PP/PE)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo,

esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.402, DE 2012

(Do Sr. Zoinho)

Acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar direitos dos dependentes maiores de 21 anos e menores de 24 anos, matriculados em curso regular reconhecido pelo MEC.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescenta o inciso VIII ao art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

"Art. 12.....

.....

VIII - ficam assegurados os direitos dos dependentes maiores de 21 anos e menores de 24 anos, matriculados em curso regular reconhecido pelo MEC".

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

JUSTIFICAÇÃO

As regras legais e infralegais que regulamentam o campo da saúde complementar, no Brasil, evoluíram consideravelmente nas últimas décadas.

Fruto da mobilização da sociedade e da sensibilidade do Judiciário e deste Congresso Nacional, os milhões e milhões de usuários de planos de saúde, neste momento, encontram-se bem mais protegidos do que no final do último século. Todavia as

operadoras de planos de saúde parecem sempre encontrar algum mecanismo para dificultar a vida do consumidor e de ampliar suas já enormes vantagens e sua capacidade em auferir lucros.

Dessa forma, encontramo-nos diante de uma corrida sem fim entre as tentativas das operadoras de identificar mecanismos que restrinjam os direitos dos usuários e o processo de regulamentação de suas práticas.

Identificamos, ao longo desses anos, inúmeros aperfeiçoamentos na Lei, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde. Ademais, estão sempre em tramitação, nesta Casa, dezenas de proposições, procurando impor limites e regras que estabeleçam um maior equilíbrio nas relações contratuais entre usuários de planos de saúde e operadoras.

Nessa mesma linha e com o mesmo propósito, consideramos indispensável regular definitivamente quais as condições para que um dependente com idade entre 21 até 24 anos possa ter assegurado seus direitos junto aos planos de saúde.

Esta matéria encontra-se praticamente em esfera contratual, não havendo qualquer dispositivo específico para discipliná-la. Em geral, os contratos utilizam como referência o disposto nas regras da receita federal, para fins de imposto de renda, que vincula a manutenção da dependência ao fato de o dependente ser estudante.

Todavia, cada plano interpreta o conceito de estudante a sua maneira. Alguns são mais abrangentes outros mais restritivos, como, por exemplo, aqueles que exigem que seja estudante de graduação, desconsiderando os de pós-graduação.

Como bem se sabe, a grande concorrência por empregos qualificados tem exigido um grau cada vez maior de aperfeiçoamento profissional. O mestrado passou a ser condição mínima nestes processos, sendo comum a exigência de doutorado e outros cursos mais avançados.

Assim, nesta faixa etária, entre 21 a 24 anos, é muito frequente os filhos ainda estarem na dependência dos pais, preparando-se para enfrentar o mercado de trabalho.

Além disso, um grande número de jovens, especialmente os de baixa renda, tem maior dificuldade de entrar em uma universidade, estando muitas vezes, nesta faixa etária, frequentando um curso técnico e, portanto, em regra, encontram-se na dependência econômica dos pais.

Portanto, entende-se ser fundamental proteger os jovens na faixa etária referida, enquanto estiverem matriculados em qualquer curso reconhecido pelo MEC.

Como cada plano trata esta questão de maneira própria, e para que futuramente não venham excluir os dependentes maiores de 21 anos e menores de 24, consideramos indispensável disciplinar a matéria por lei.

Dessa forma, apresenta-se esta proposição, que assegura o direito de ser dependente até 24 anos, junto aos planos de saúde, desde que esteja matriculado em curso reconhecido pelo MEC. Alcançam-se, assim, tanto os cursos técnicos, de graduação

e de pós-graduação.

Diante do exposto, conclamamos os ilustres pares a apoiarem este Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 05 de setembro de 2012.

Deputado ZOINHO

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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)*

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;

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)*

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 qüinquagésimo 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)*

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.726, DE 2012

(Do Sr. Eleuses Paiva)

Suprime inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5730/2009.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei tem por objetivo suprimir o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde.

Art. 2º Fica suprimido o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

JUSTIFICAÇÃO

A proposição apresentada visa suprimir o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 03 de Junho de 1998, assumindo o entendimento de que os planos de saúde devem cobrir a inseminação artificial, pois são procedimentos referentes ao planejamento familiar, garantindo aos usuários a certeza de que não encontrarão dificuldades, atualmente impostas pelas operadoras.

A reprodução humana assistida consiste na intervenção médica no processo de procriação por meio de técnicas que têm a função de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras medidas terapêuticas tenham sido ineficazes. Assim, esta nova técnica surgiu como uma forma de possibilitar àqueles que desejam realizar o sonho de serem pais.

Ressalto que o projeto tem o mérito de incluir o planejamento familiar na gama dos procedimentos cobertos pelos planos de saúde, garantindo aos asseguradas o acesso a métodos de viabilizar a constituição plena da família.

Mediante os argumentos expostos, solicito o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, 14 de novembro de 2012

Deputado ELEUSES PAIVA
PSD/SP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para

o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.990, DE 2013

(Do Sr. Major Fábio)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-6125/2005.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O item "f", do inciso II, art. 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12 .....

II - .....

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito e maiores de 60 anos;"

Art. 2º O art. 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

"Art. 12 .....

§ 3º As despesas de acompanhantes referidas no item "f", do inciso II deste artigo incluem obrigatoriamente a cobertura de alimentação."

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

JUSTIFICAÇÃO

Uma falha gritante da Lei dos Planos de Saúde é a que se refere ao direito aos acompanhantes por parte dos maiores de sessenta anos.

De fato, aquela norma só contempla com tal direito aos menores de dezoito anos.

O Estatuto do Idoso prevê o direito à presença de acompanhante, mas, redigido em linguagem dúbia, dá margem a interpretação de que tal direito seria circunscrito aos estabelecimentos hospitalares do Sistema Único de Saúde.

Essa brecha interpretativa tem possibilitado a que operadoras de planos de saúde pretendam se eximir de tais despesas absolutamente essenciais, pois não é admissível que se aceite a presença de acompanhante, mas que não se forneça os meios necessários para que tal acompanhamento se efetive.

Observe-se que os idosos demandam em sua maioria a presença de um ente querido em suas estadias hospitalares, pois muitos não conseguem ou têm vergonha de expressar suas demandas ou de solicitar serviços de médicos ou de enfermagem tempestivamente.

Admitir a presença de acompanhantes, entretanto, implica em condições dignas para o exercício dessa importante missão, incluindo o fornecimento de alimentação.

Nossa intenção, portanto, é tornar efetivo esse direito imprescindível ao bem-estar e à manutenção da saúde de nossos idosos num ambiente que lhes parece muitas vezes hostil e

agressivo.

A presença de familiares ou de pessoas conhecidas e dedicadas à nobre tarefa de acompanhar os idosos requer, assim, a aprovação de medida dessa natureza.

Nesse sentido esperamos que nossa iniciativa mereça o apoio incondicional de nossos ilustres Pares e que possa dar mais conforto e amparo aos idosos, que tanto já contribuíram para o nosso País e nossas famílias.

Sala das Sessões, em 20 de fevereiro de 2013

Deputado **MAJOR FÁBIO**
DEM/PB

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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)*
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;

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)*
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 qüinquagésimo 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)*

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.152, DE 2013

(Do Sr. Major Fábio)

Acresce parágrafo ao art. 277 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer obrigatoriedade de comunicação aos usuários de planos e seguros de saúde sobre descredenciamento de instituições e profissionais.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4036/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art, 277 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

"Art.17 .....

.....

§ 5º As operadoras deverão comunicar imediata e individualmente aos usuários sobre descredenciamento de instituições ou profissionais de saúde no município em que residem."(NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor trinta dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A lei que regula os planos e seguros de saúde no Brasil data de 1998, e a lei que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), encarregada de regular o setor, de 2000. Apesar da constante atividade daquela agência, é quase inevitável que um mercado em constante expansão e que já supera os quarenta milhões de usuários apresente problemas. De fato, as operadoras de planos de saúde costumam figurar no topo das listas de queixas de consumidores.

Um dos problemas mais frequentes é o de pacientes que se veem, súbita e inadvertidamente, impedidos de continuar seu tratamento, devido ao descredenciamento da instituição ou do profissional sob cujos cuidados o mesmo ocorria. Tais situações são incômodas, mas o incômodo é de menor importância diante das consequências da descontinuidade do tratamento.

Credenciamentos são contratos e por isso devem obedecer à vontade de ambas as partes. É inevitável que profissionais e instituições interrompam a prestação de serviços a determinada operadora, se assim decidirem.

Nos dias de hoje, porém, com numerosos meios de comunicação disponíveis, vários deles a custo desprezível, não há razão para que os pacientes, pelo menos aqueles que residem no mesmo município do prestador de serviço em processo de descredenciamento, não sejam comunicados tempestivamente.

Entendo que a medida é, ademais, de grande interesse das próprias operadoras. O paciente, comunicado de antemão, poderá procurar o profissional ou instituição e requerer um relatório atualizado sobre o tratamento, o que permitirá evitar todo um novo processo de diagnóstico e novos exames dispendiosos.

Assim sendo, submeto este projeto de lei aos meus pares, certo de seu apoio e votos.

Sala das Sessões, em 14 de março de 2013

Deputado **MAJOR FÁBIO**
DEM/PB

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.715, DE 2013

(Do Sr. Reguffe)

Altera o parágrafo único do art. 13 e § 2º do art. 35-E, ambos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar que os planos de saúde coletivos ou empresariais com até 100 (cem) beneficiários tenham o mesmo tratamento legal que os planos de saúde individuais.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13 Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei tem 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.

*Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente ou em planos empresariais ou coletivos de até cem beneficiários, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:*

....."

Art. 2º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35 – E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

.....

.....

§ 2º. Nos contratos individuais e nos contratos empresariais ou coletivos com até cem beneficiários, de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS."

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei propõe alterações à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar que as empresas operadoras de planos de assistência à saúde forneçam planos de saúde empresariais ou coletivos de até cem (100) beneficiários, com as regras idênticas aos planos de saúde individuais.

Percebe-se atualmente que as empresas que operam planos de saúde evitam fornecer no mercado, planos de saúde individuais. Isso porque as empresas, ao oferecer a um grupo de 04 ou 05 pessoas, um plano de saúde coletivo ou empresarial, tentam burlar a fiscalização e o controle da ANS sobre esses contratos. Com isso, esses beneficiários tornam-se praticamente "reféns" das operadoras de planos de saúde, uma vez que a atuação da ANS, que é o órgão de controle e fiscalização dos planos de saúde, fica bastante restrita por não se tratar mais de planos de saúde individuais.

O intuito da proposta em tela, portanto, é garantir medidas protetivas aos consumidores beneficiários de planos de saúde coletivos de até cem beneficiários, uma vez que assegura a esses beneficiários terem os mesmos direitos e garantias daqueles indivíduos que possuem planos de saúde individuais.

Assim, os beneficiários que adotarem planos de saúde coletivos com até 100 pessoas,

poderão usufruir das mesmas garantias daqueles que adotam planos de saúde individuais, preservando assim sua proteção na relação de consumo, uma vez que esses planos também serão regulados e fiscalizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, principalmente no que diz respeito aos seus reajustes anuais.

Ora, se os detentores dos planos de saúde coletivos não possuem a quantidade mínima de beneficiários suficiente para igualar as relações de consumo com as empresas que os fornecem, nada mais justo que o órgão regulador e fiscalizador nacional passe também a acompanhar e regular estes contratos, da mesma forma que já atua nos contratos individuais de assistência à saúde.

Desse modo, o presente Projeto de Lei tende a equilibrar a relação consumerista, protegendo a parte mais frágil dessa relação, que é o consumidor beneficiário de planos de saúde empresariais com até 100 beneficiários, sem onerar de forma injusta ou ilegal as demais partes dessa forma de contratação.

Diante do exposto, conto com o apoio dos Nobres Parlamentares na aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 05 de junho de 2013.

Dep. REGUFFE
PDT/DF

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de

cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa

etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 5.912, DE 2013

(Do Sr. Márcio França)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os direitos básicos do consumidor de planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta dispositivo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os direitos básicos do consumidor de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 2-A:

"Art. 2-A. São direitos básicos do consumidor:

I – o atendimento médico imediato para proteção de sua vida e saúde;

II – o agendamento de consultas médicas e exames em, no máximo, 15 dias;

III – a proteção contra a exclusão de coberturas de exames e internações;

IV – o acesso às intervenções cirúrgicas mais sofisticadas;

V – a disponibilização de tratamentos mais caros e prolongados quando indicados para sua recuperação;

VI - a informação adequada e clara dos serviços utilizados, disponibilizados por meio de correspondências, sítios de Internet e aplicativo gratuito para aparelho celular;

VII - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;

VIII - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;

IX – receber em até 3 (três) dias a resposta para realização de procedimento eletivo;

X – receber, por escrito, fundamentação por escrito em caso de recusa de cobertura total ou parcial em procedimentos médicos hospitalares;

XI – receber o credenciamento de, no mínimo, três contratados, referenciados ou credenciados, por especialidade médica;

Art. 3º Esta lei entra em vigor 60 (sessenta) dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei cuida de acrescentar artigo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os direitos básicos do consumidor de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Conforme o instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, a insatisfação dos usuários de planos de saúde – muitos deles com mensalidades caras – é frequente. Não é à toa que essas empresas estão sempre entre as líderes de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Não bastassem as barreiras que muitos associados encontram na hora de utilizar seus planos de saúde (demora na marcação de consultas, exclusão de coberturas de exames e internações etc), as intervenções cirúrgicas mais sofisticadas (transplantes, colocação de próteses, cirurgias cardíacas etc) e os tratamentos mais caros e prolongados (HIV, câncer etc) acabam atendidos pelo SUS.

Mesmo após a Lei dos Planos de Saúde e da criação da ANS, o CDC continua sendo a principal legislação utilizada pelo Poder Judiciário nos julgamentos de ações movidas contra os planos de saúde.

Diante deste quadro, apresentamos proposição que certamente vai ao encontro da incontida ansiedade dos cidadãos pela prestação de melhor serviço pelas operadoras de plano de saúde.

Nosso projeto cria dispositivo com os direitos básicos dos consumidores dos planos de saúde, disciplinando o agendamento de consultas médicas e exames, a proteção contra a exclusão de coberturas de exames e internações, o acesso às intervenções cirúrgicas mais sofisticadas, a disponibilização de tratamentos mais caros e prolongados quando indicados para sua recuperação, a informação adequada e clara dos serviços utilizados, o credenciamento mínimo de contratados, entre outros dispositivos importantes.

Temos a certeza de que o caminho para a solução da diminuição das reclamações no setor de plano de saúde passa pelo reconhecimento e respeito dos direitos básicos dos consumidores. Neste sentido, encarecemos o necessário apoio de todos os parlamentares para a célere apreciação desta proposição.

Sala das Sessões, em 09 de julho de 2013.

Deputado **MÁRCIO FRANÇA**
PSB-SP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 5.963, DE 2013

(Do Sr. Rogério Peninha Mendonça)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 12-A:

“12-A. Inclui-se a cobertura dos custos de exames de saúde necessários para a habilitação ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação — CNH no plano-referência a que alude o art. 10, assim como na segmentação prevista no inciso I, do art. 13.

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

JUSTIFICAÇÃO

Quando contrata um plano de saúde o consumidor tem a sensação de que todas as suas necessidades de saúde estarão cobertas. Ele opta por pagar e ter como contrapartida atendimento às demandas, quer apresente um quadro patológico ou não.

Assim, se necessitar de um exame preventivo, como por exemplo, um atestado para uma prática desportiva qualquer, ou ainda, que ateste boas condições para assumir um emprego, pode procurar um profissional adequado, credenciado pelo plano de saúde e obter o aludido atestado.

Se sua necessidade, contudo, for para os exames que os DETRANs exigem para a habilitação ou renovação da carteira de motorista, não será atendido, ainda que esses exames estejam consignados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e

Problemas Relacionados à Saúde — CID-10. Assim, conforme alude o art. 10 da Lei dos Planos de Saúde, esses atendimentos devem ser cobertos pelas operadoras.

Desse modo, apresentamos proposição no sentido de incluir a cobertura para os exames de saúde necessários à habilitação ou renovação da carteira de motorista.

Dessa forma, esperamos o apoiamento de nossos Pares no Congresso Nacional para sua aprovação, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento da legislação e aumento da garantia dos direitos dos cidadãos.

Sala das Sessões, em 16 de julho de 2013 .

Deputado ROGÉRIO PENINHA MENDONÇA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta

complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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)*
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;
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)*
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.067, DE 2013

(Do Sr. Antonio Carlos Mendes Thame)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5715/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 1.....”

§ 6º Para fins do disposto nesta lei, são equivalentes os direitos e deveres de pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde.”

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

JUSTIFICAÇÃO

A Lei 9656/98, em boa hora, veio trazer segurança e dignidade às pessoas que se utilizam de planos de saúde.

De fato, até a entrada em vigor da citada norma jurídica, vigorava no País uma verdadeira lei da selva, em que os usuários se viam à mercê de cláusulas leoninas absurdas, da inexistência de órgão fiscalizador, de negativas de cobertura entre outros abusos.

Embora o setor ainda seja um dos campeões de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor, a existência de regras e de fiscalização e regulação em muito tem auxiliado para coibição de violações aos direitos dos consumidores.

As empresas, entretanto, detectaram lacunas na legislação e criaram novas formas de tirar vantagem dos incautos e que não possuem conhecimento das nuances jurídicas.

Aproveitando-se da faculdade que a lei dá aos contratos ditos coletivos ou empresariais de terem reajustes baseados em suposta sinistralidade e de serem rescindidos unilateralmente, as operadoras passaram a atuar mais fortemente nesse segmento, criando, inclusive, falsos planos coletivos.

O resultado é que hoje operadoras há que se negam a firmar contratos individuais e apenas e tão-somente no segmento coletivo, utilizando-se de entidades, sindicatos e até mesmo de ONGs para atrair com prestações iniciais mais baixas os interessados.

Tal vantagem, porém, logo se volta contra o consumidor, pois os reajustes praticados são muito maiores que os praticados para os planos individuais e baseados em sinistralidade calculada para cada grupo ou até mesmo família, tornando-se muito mais oneroso.

Assim, propomos que a Lei dos Planos de Saúde passe a tratar pessoas físicas e jurídicas contratantes de planos de saúde como equivalentes, sujeitando-se, assim, às mesmas regras para reajustamento, rescisão e demais garantias existentes para os planos individuais.

Evitar-se-á, desse modo, que famílias sejam exploradas ou deixadas à própria sorte em momentos sempre muito difíceis, como são os de adoecimento de um ente querido.

Dessa forma, esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares para aprovação de medida que, com toda a certeza, representará mais segurança, alento e dignidade a nosso concidadãos.

Sala das Sessões, em 08 de agosto de 2013.

Deputado Antonio Carlos Mendes Thame

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras

características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.436, DE 2013

(Do Sr. Major Fábio)

Obriga as operadoras de Planos ou Seguros de Assistência à Saúde a buscarem vagas em suas unidades conveniadas, dentro das especialidades oferecidas em seus contratos, bem como a se responsabilizarem pela remoção, da sua origem até a unidade portadora de vaga, dos pacientes, quando impossibilitados de o fazerem por conta própria e que corram risco de morte.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º As Operadoras de Planos ou Seguros de Assistência à Saúde ficam obrigadas a buscarem vagas em suas unidades conveniadas, dentro das especialidades oferecidas em seus contratos, bem como são responsáveis pela remoção, da sua origem até a unidade portadora de vaga, dos pacientes, quando impossibilitados de o fazerem por conta própria e que corram risco de morte.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A relação entre usuários de planos de saúde e as operadoras desses planos é uma das mais desiquilibradas que existe na sociedade brasileira. O poder destas operadoras sobre os médicos e sobre seus usuários é tamanho que nem mesmo a rica legislação sobre a matéria, aprovada por este Congresso Nacional, além das incontáveis normas exaradas pela ANS têm sido capazes de estabelecer um mínimo de equidade nesta área fundamental para a saúde dos brasileiros.

O certo é que os quase 50 milhões de pessoas vinculadas a algum plano de saúde, mesmo com alguns avanços na legislação em vigor, continuam a sofrer diariamente com as operadoras de planos de saúde.

Muitas vezes essas empresas sequer cumprem os contratos, obrigando os usuários a procurarem os órgãos de defesa do consumidor ou a justiça. O quadro é ainda pior para as situações em que a legislação não é clara ou existe alguma lacuna, que dá margem às operadoras a sempre reduzirem os benefícios para os usuários ou deixarem de prestar algum serviço, que deveria ser de sua responsabilidade.

Uma destas lacunas está no fato de o procedimento de encontrar leito disponível ser de responsabilidade do segurado no momento que necessita, mesmo quando sem condições físicas para tanto. As seguradoras não assumem este papel, deixando muitas vezes os segurados e seus familiares sem condições para resolver esta questão, seja pela falta de informações claras, seja pelo pouco discernimento dos que necessitam.

Essa situação é grave, porque, com frequência, a impossibilidade de se identificar a unidade de saúde que tenha vaga, e em tempo hábil, pode ser fatal para o paciente de maior risco. A presteza em se solucionar tal problema é um diferencial entre o sucesso e o insucesso dos procedimentos médicos.

Não há a menor dúvida que as operadoras, por terem controle total sobre o quadro de profissionais e unidades de saúde, e em relação às vagas por especialidades bem como de leitos conveniados, desempenhariam esses procedimento com maior rapidez, maior segurança e conforto para os segurados.

Essa simples iniciativa, apresentada nesta Proposição, caso aprovada por esta Casa, tem um grande potencial para salvar vidas e acrescentar mais um elemento para quebrar o desequilíbrio

brutal da relação entre segurados e seguradoras de planos de saúde.

Pelo exposto e pela relevância da matéria, conclamamos os ilustres Pares a aprovar este Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 26 de setembro de 2013

Deputado **MAJOR FÁBIO**
DEM/PB

PROJETO DE LEI N.º 6.714, DE 2013

(Do Sr. Ivan Valente)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), para exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece a exigência de autorização pela Agência Nacional de Saúde – ANS - para os reajustes de planos ou seguros de saúde coletivos, por meio de alterações na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS).

Art. 2° O inciso XVII do Art. 4° da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4° Compete à ANS:

.....

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de caráter individual, familiar ou coletivo, designando seu valor teto de acordo com o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado no período do referido reajuste.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor sessenta (60) dias após sua sanção.

JUSTIFICAÇÃO

Essa proposição objetiva sanar grave problema que atinge os consumidores de planos de saúde coletivos em nosso País.

Os planos de saúde no Brasil são, em sua maioria, coletivos. Entre os planos comercializados a partir de 1999, apenas 20% são individuais ou familiares.

Este percentual continua sofrendo acelerada queda de participação devido à preferência das operadoras em promover os planos coletivos, por serem mais lucrativos e não estarem sujeitos a nenhuma exigência legal explícita de autorização prévia da ANS no caso dos reajustes anuais dos contratos coletivos.

Essa situação não guarda coerência com determinações do Código de Defesa do Consumidor – CDC -, que buscam garantir o direito básico à informação clara e adequada sobre a alteração dos valores dos serviços e que também procuram evitar que os consumidores sejam submetidos ao cumprimento de obrigações excessivamente onerosas.

Por essa razão, essa proposição propõe alteração no inciso XVII do Art. 4° da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), incluindo como uma das atribuições desta agência reguladora a fixação de um índice teto para os reajustes anuais dos planos de saúde coletivos, medido pela variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

Ao estabelecer esta exigência, a ANS disporá de instrumento para a devida proteção aos consumidores de planos de saúde coletivos, que terão seus reajustes baseado em um índice de preço amplamente utilizado no país.

Diante da relevância da matéria, solicito o apoio dos ilustres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 06 de novembro de 2013.

Deputado IVAN VALENTE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....
Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de

prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de

assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.715, DE 2013

(Do Sr. Ivan Valente)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para exigir prévia autorização da Agência Nacional de Saúde no caso de reajustes de planos ou seguros coletivos de saúde, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece a exigência de autorização pela Agência Nacional de Saúde – ANS, para os reajustes de planos ou seguros de saúde coletivos, além de vedar a recisão unilateral de contratos coletivos por parte das operadoras dos planos de saúde, por meio de alterações na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º O art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação de seu § 2º.

“Art. 35-E (...):

.....

§ 2º Nos contratos individuais e coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS, que designará o valor teto dos reajustes anuais. Os rejustes anuais dos planos coletivos, individuais e familiares não poderão exceder a inflação acumulada no período, medida pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

Art. 3º O art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação de seu inciso III:

“Art. 35-E (...):

.....

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual, familiar ou coletivo de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei, independentemente do contrato ter sido celebrado antes ou depois da vigência desta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor sessenta (60) dias após sua sanção.

JUSTIFICAÇÃO

Essa proposição objetiva sanar grave problema que atinge os consumidores de planos de saúde coletivos em nosso País.

Os planos de saúde no Brasil são, em sua maioria, coletivos. Entre os planos comercializados a partir de 1999, apenas 20% são individuais ou familiares, e 80% são planos coletivos.

Destacamos ainda que dentre os planos coletivos, 85% possuem até 30 vidas, ou seja, têm pouco poder de negociação com as operadoras. Há casos em que os valores dos reajustes coletivos podem ultrapassar 100%, conforme pesquisas realizadas pelo IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor).

Devido a falta de regras para o reajuste destes planos coletivos, esta questão tem sido extremamente judicializada, sendo que o entendimento majoritário nos tribunais tem sido o de afastar os valores abusivos aplicados pelas operadoras. Tudo isso num quadro em que sequer a própria agência reguladora, a ANS, divulga os valores médios dos reajustes dos planos coletivos, sendo que o consumidor é surpreendido com valores abusivos.

O percentual já reduzido de planos individuais e familiares continua sofrendo acelerada queda de participação, tendo em vista que as grandes operadoras do setor têm evitado a venda de planos individuais, mas promovido a venda dos coletivos. Isso porque, além de serem mais lucrativos, os planos coletivos não estão submetidos a nenhuma exigência legal explícita de autorização prévia da ANS no caso dos reajustes anuais dos contratos coletivos.

Essa situação não guarda coerência com determinações do Código de Defesa do Consumidor – CDC -, que buscam garantir o direito básico à informação clara e adequada sobre a alteração dos valores dos serviços e que também procuram evitar que os consumidores sejam submetidos ao cumprimento de obrigações excessivamente onerosas.

Por outro lado, há ainda a quebra do princípio da previsibilidade e da segurança contratual, tendo em vista que no caso dos planos coletivos as operadoras não contam com nenhuma norma legal capaz de impedir a ruptura unilateral destes contratos, em prejuízo dos consumidores.

Por essa razão, essa proposição propõe alteração no art. 35-E da Lei nº 9.656, de 1998, dos planos de saúde, para que não apenas os reajustes dos planos individuais sejam objeto de autorização prévia da ANS, como já ocorre, mas também, os coletivos, a partir de um índice inflacionário oficial que é o IPCA. Além de vedar a suspensão unilateral de contratos por parte das operadoras para os planos coletivos, tendo em vista que tal proibição já é prevista pela referida lei para os planos individuais e familiares.

Ao estabelecer esta exigência, a ANS disporá de instrumento para a devida proteção aos consumidores de planos de saúde coletivos, que terão seus reajustes baseado

em um índice de preço amplamente utilizado no país, o IPCA.

O fim das rupturas unilaterais de contratos representará também uma maior segurança aos consumidores dos planos coletivos, em igualdade de direitos com os usuários dos planos individuais e familiares, que já tem esse princípio observado pela Lei.

Diante da relevância da matéria, solicito o apoio dos ilustres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 06 de novembro de 2013.

Deputado IVAN VALENTE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam

o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos

consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.819, DE 2013

(Do Sr. Júlio Campos)

Altera a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4036/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 18 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde” passa a vigorar acrescido do seguinte item:

“Art. 18.....

III – A. A cessação da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora por parte de qualquer profissional de saúde será comunicada aos consumidores com antecedência mínima de trinta dias, assegurando-se o direito da consulta de retorno com o mesmo profissional”.

Art. 2º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A lei que trata dos planos e seguros privados de saúde tem sofrido diferentes modificações, em busca de acolher situações reais, na maior parte das vezes, no intuito de possibilitar melhores condições para os usuários.

Têm sido frequentemente relatadas situações em que o profissional realiza o primeiro atendimento e, em seguida, desvincula-se da operadora. O paciente, depois de fazer todos os exames solicitados, não pode ser atendido pelo mesmo profissional.

Assim, pretendemos tornar obrigatória a comunicação do desvinculamento com antecedência mínima de trinta dias, e, em todos os casos, assegurar o direito de o paciente ser atendido pelo mesmo profissional quando do retorno para avaliar os resultados e prescrever a conduta.

Acreditamos que a iniciativa, apesar de simples, trará benefícios para os consumidores brasileiros de produtos de assistência à saúde, uma vez que aperfeiçoa a lei em vigor.

Deste modo, pedimos o apoio dos ilustres pares para que seja incorporada com celeridade ao nosso arcabouço legal.

Sala das Sessões, em 25 de novembro de 2013.

Deputado Júlio Campos

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos,

independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e "e-mail"; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.111, DE 2014

(Do Sr. Jovair Arantes)

Acrescenta o art. 16-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta o art. 16-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

Art. 2º Acrescente-se o seguinte art. 16-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998:

"Art. 16-A É nula de pleno direito a cláusula contratual que exclui a cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no *caput* aos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O Projeto de Lei acrescenta o art. 16-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para explicitar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

O Projeto de Lei busca terminar com a reiterada prática das operadoras de plano de saúde de negar atendimento médico-hospitalar aos segurados vítimas de tentativa de suicídio, sob a alegação de previsão contratual.

Sabe-se que o Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos planos de saúde, sendo portanto nulas de pleno direito as cláusulas contratuais abusivas (art. 51). Além disso, existe legislação infra legal (art. 9º da Resolução Normativa – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar) que garante o atendimento do segurado em caso de tentativa de suicídio.

Entretanto, frequentemente as operadoras de plano de saúde recusam a cobertura ao segurado vítima de tentativa de suicídio e, lamentavelmente, encontram apoio em alguns julgados. Existem juízes e tribunais que atribuem validade a cláusulas contratuais, em planos privados de saúde, excludentes de cobertura securitária em caso de tentativa de suicídio ou de lesões auto infligidas. Felizmente, são decisões judiciais manifestamente minoritárias.

Assim sendo, o Projeto de Lei busca explicitar a nulidade das referidas

cláusulas em conformidade com a jurisprudência dominante.

Ante o exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres pares para a aprovação da proposição.

Sala das sessões, 11 de fevereiro de 2014.

Deputado Jovair Arantes
Líder do PTB

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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;
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;
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;
IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;
X - a área geográfica de abrangência;
XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.
Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO VI
DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

.....

Seção II

Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 338, DE 21 DE OUTUBRO DE 2013

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso

II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 25 de setembro de 2013, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

.....

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única Das Coberturas Assistenciais

.....

Art. 9º A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos

Art. 10. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária - CPT.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 7.142, DE 2014

(Do Sr. Danilo Forte)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para exigir a autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para o reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera o § 2º do art. 35-E, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para exigir a autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para o reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos.

Art. 2º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"*Art. 35-E.....*

§2º Nos contratos individuais e coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS representou um grande avanço na proteção dos consumidores de planos e seguros de saúde que antes tinham que se sujeitar aos abusos e arbitrariedades das operadoras, principalmente em relação aos aumentos abusivos de preços. A presença de uma autoridade pública para intermediar a interlocução entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os consumidores trouxe maior segurança aos usuários.

Entretanto, esse avanço não foi estendido integralmente aos planos de saúde coletivos. A Medida Provisória nº 2.177, de 2001, acrescentou à Lei dos planos de saúde um dispositivo que passou a exigir a autorização da Agência para o reajuste dos preços pagos por planos e seguros de saúde, mas tal exigência ficou limitada aos planos individuais, celebrados por pessoas físicas diretamente com as operadoras. Os planos coletivos, negociados entre pessoas jurídicas, não foram previstos de forma expressa na referida previsão legal.

Essa lacuna legal tem sido bastante explorada pelas operadoras de planos e seguros de saúde, que começaram a dar preferência aos planos coletivos e assim fugir do controle da ANS no que tange aos reajustes de seus produtos. Atualmente, os planos individuais caminham para a extinção, pois não é interessante para as operadoras a sua celebração em virtude da necessária interveniência da Agência para o aumento dos preços, óbice não enfrentado quando o plano é coletivo. Os planos individuais são representados pelos contratos antigos, celebrados em período anterior à instituição do controle de preços pela ANS.

Nesse contexto, os usuários do sistema de saúde suplementar vinculados aos planos coletivos, ficam descobertos da proteção estatal no que tange aos reajustes de preços. Caso as operadoras pratiquem reajustes abusivos, desproporcionais e arbitrários, não há previsão legal que permita à ANS interferir e ajustar o índice para patamares justos.

Entendo que tal situação não pode mais perdurar no nosso ordenamento. Os planos coletivos também precisam ter seu reajuste ponderado pela atuação preventiva da ANS, como forma de proteger os usuários do sistema de saúde suplementar. Com isso, em curto prazo, pode-se evitar a extinção, via reflexa, dos planos individuais também. Ante o exposto, conclamo meus pares no sentido da aprovação da presente proposta.

Sala das Sessões, em 18 de fevereiro de 2014.

Deputado DANILO FORTE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.
Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-43, DE 27 DE JULHO DE 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.
O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento

por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos ou integrantes de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, ambulatorial, hospitalar ou odontológica, e outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a)custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. § 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.
" " Art. 8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
I - comprovação de sua regular constituição;
II - demonstração da viabilidade econômico-financeira, respeitadas suas peculiaridades operacionais;
III - designação do responsável técnico;
IV - descrição dos produtos a serem registrados e comercializados, com suas respectivas áreas de atuação.
§ 1º São dispensadas do cumprimento da condição estabelecida no inciso II deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão patrocinada.
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º O responsável técnico de que trata o inciso III deste artigo deverá estar registrado junto aos Conselhos Regionais de Medicina ou Odontologia, conforme o caso.
§ 4º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a)comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b)garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)
"Art. 8º-A . Para obter a autorização para a comercialização ou disponibilização dos planos ou

produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
I - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
II - descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços;
III - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
IV - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
V - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira, atuarial e técnica do plano privado de assistência à saúde.
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos V e VI deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão patrocinada.
§ 2º A autorização de comercialização ou de disponibilização será cancelada caso a operadora não comercialize ou disponibilize os planos ou produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.
§ 3º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização ou disponibilização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômica-financeira ou assistencial." (NR)
"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão disponibilizar ou comercializar estes produtos se:
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados." (NR)
"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
.....
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
.....
X - casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS." (NR)
"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a disponibilização, a 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:

I - .....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - .....

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;

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; .....

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;

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

f) cobertura de despesas de um acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito ou maiores de sessenta e cinco anos;

III - .....

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 quarenta e cinco dias do nascimento ou da adoção;

.....

V - .....

a) prazo máximo de trezentos dias para partos;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais procedimentos previstos no art. 10;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

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;

VII - inscrição de filho natural ou adotivo, menor de doze anos de idade, como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor quando inscrito até quarenta e cinco dias do nascimento ou da adoção.

§ 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.

§ 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." (NR)

"Art. 12-A. A ANS poderá autorizar a disponibilização ou comercialização de produtos ou planos privados de assistência à saúde, com segmentações, subsegmentações e exigências mínimas diferenciadas e específicas, além de:

I - plano ou produto organizado em sistema hierarquizado e gerenciado, vedada a segmentação e compreendendo as mesmas coberturas do plano-referência previstas no art. 10 desta Lei;
II - plano ou produto com preços de comercialização, reajustes e revisão e condições especiais de mobilidade dos beneficiários;
III - plano ou produto com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade dos serviços de assistência à saúde na respectiva área de abrangência.
§ 1º Nos planos e produtos a que se referem o caput deste artigo e seus incisos é vedada a exclusão de doenças e a limitação quantitativa de procedimentos.
§ 2º Após consulta pública e observado o disposto na alínea i do inciso IV do art. 35-A, a ANS fixará os requisitos, exigências, restrições, abrangência geográfica e condições gerais de operação a serem cumpridos pelas operadoras para a disponibilização ou comercialização de planos e produtos autorizados na forma deste artigo.
§ 3º É requisito obrigatório ao registro na ANS e à comercialização de produtos ou planos conforme o disposto neste artigo a comercialização há um ano ou mais, do plano-referência registrado na ANS." (NR)
"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.
Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:
I - a recontagem de carências;
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 qüinquagésimo dia de inadimplência; e
III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)
"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. "(N)
"Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com sessenta anos de idade ou mais, que participarem há mais de dez anos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ofertados pela mesma operadora ou sucessora desta."
"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:
.....
IV - as faixas etárias e os respectivos percentuais de variação;
V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;
.....
VII - modalidades de contratação:
a) individual ou familiar; ou
b) coletivos;
VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica, ou qualquer outro tipo de mecanismo de regulação;
.....
X - a área geográfica de abrangência;
.....
XII - condições de mobilidade;
XIII - categoria do plano ou produto:
a) reembolso;
b) rede
c) rede e reembolso; ou
d) acesso;

XIV - tipo de segmentação;
XV - número de registro da operadora e do produto na ANS;
XVI - os quesitos relativos à declaração de saúde.
§ 1º 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.
§ 2º Entende-se para os efeitos desta Lei:
I - plano de reembolso: aquele em que o usuário escolhe livremente o prestador de serviço, sendo reembolsado, nos limites pactuados, do valor despendido, não sendo permitidos mecanismos de regulação assistencial de uso pelas operadoras;
II - plano de rede: aquele em que o usuário tem direito a assistência à saúde por meio da garantia de rede de serviços pré-definida e pactuada com livre escolha de prestador de serviço dentro da relação de credenciados, cooperados ou referenciados da operadora; e
III - plano de acesso: aquele em que o usuário tem direito a assistência à saúde por meio de garantia de acesso à rede hierarquizada de serviços, com mecanismos de regulação definidos pela ANS, vedado o reembolso, salvo nos casos de urgência e emergência.
§ 3º É admitida a hipótese de planos com características descritas nos incisos I e II do § 2º deste artigo. § 4º A ANS disciplinará as categorias de planos e produtos previstas nos §§ 2º e 3º e a mobilidade de que trata o inciso XII, ambos deste artigo."
"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, em plano de rede, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.
§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, em plano de rede, 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.
§ 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.
§ 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.
§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:
I - nome da entidade a ser excluída;
II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor."
"Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará, além do cumprimento do previsto nos respectivos contratos, as seguintes obrigações e direitos:
.....
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional;
IV - o registro do responsável técnico junto aos conselhos regionais de medicina, odontologia e outros, conforme o caso, quando se tratar de clínicas ambulatoriais, de diagnóstico ou tratamento, ou de hospitais.
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que

não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular."
"Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a disponibilização, comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e e-mail; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados e disponibilizados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência;
V - modalidade de contratação;
VI - abrangência geográfica da cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos percentuais de variação;
VIII - rede hospitalar vinculada à cada produto;
IX - categoria do plano ou produto;
X - demonstração de viabilidade conforme disciplinamento da ANS;
XI - tipo de acomodação;
XII - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo."
"Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo."

"Art. 21. .....
.....
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa."
"Art. 22. . .....
§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.
§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade."
"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.
§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:
I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;
II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou
III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945.
§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.
§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:
I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;
II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;
III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e
IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.
§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.
§ 6º O Liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente."
"Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.
§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.
§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da

organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.
§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.
§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira."
"Art. 24-A . Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.
§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.
§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.
§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:
I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;
II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.
§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.
§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade."
Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário." (NR)
"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários. "
" Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS." (NR)
"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o §º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:
.....
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; .....
VI - cancelamento de autorização de funcionamento e de registro de operadora;
VII - alienação de carteira;
VIII - cancelamento da autorização de comercialização e de registro de plano ou produto." (NR)
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem

solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. "
" Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)
"Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.
§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.
§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:
I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.
§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.
§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.
§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.
§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.
§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.
§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União. § 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)
"Art. 29-A. ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.
§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.
§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei.
§ 4º A ANS disciplinará a aplicação do disposto neste artigo." (NR)
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.
.....

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego ou quando passar ele a exercer outra atividade remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial.
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição:
I - a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar; ou
II - o pagamento de eventuais diferenças, por opção, do consumidor, por outro padrão de plano ou pela eventual inclusão de dependentes e agregados." (NR)
"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)
"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela regional de procedimentos a ser aprovada pela ANS.
3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.
§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)
"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.
Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista neste artigo não alcança as operadoras que atuem exclusivamente em atividades relacionadas ao setor de saúde e às operadoras enquadradas no segmento de autogestão patrocinada, na forma disciplinada pela ANS." (NR)
"Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1o de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes pela adaptação de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão tem caráter personalíssimo, vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.
§ 6º O disposto no § 5º deste artigo deverá garantir as coberturas assistenciais previstas nos contratos originais, somente ao titular e aos seus dependentes já inscritos, permitindo inclusão de novo cônjuge e filhos, além de dependentes previstos no contrato.
§ 7º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.
§ 8º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.
§ 9º A adaptação prevista neste artigo, com oferecimento obrigatório de contrato adaptado aos beneficiários e decisão unilateral destes de adaptar ou não, deverá ser exercida até 31 de dezembro de 2003.
§ 10. Após o prazo previsto no § 9º, a adaptação poderá ser feita por acordo entre as partes." (NR)
"Art. 35-A . Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
f) assistência farmacêutica;
g) ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde;
h) mobilidade de beneficiários entre operadoras e portabilidade de suas carências;
i) o disposto no § 2º do art. 12-A desta Lei;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas nas alíneas a a e e i do inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)
"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente

a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS. § 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)
"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I - de emergência, como tal definida a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato; e
II - de urgência, definida como a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessite de assistência médica imediata, nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. "
"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com sessenta anos de idade ou mais estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo."
"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias

à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)
"Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. "
"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)
"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. "
"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)
"Art. 35-L. As operadoras privadas de assistência à saúde deverão oferecer a todos os usuários de contratos anteriores à 2 de janeiro de 1999, nas condições e nos prazos disciplinados pela ANS, Plano Especial de Adesão a Contrato Adaptado, compreendendo:
I - ampliação da cobertura assistencial e condições de acesso de que trata o art. 10 desta lei;
II - percentual único de acréscimo às contraprestações pecuniárias;
III - mecanismos limitadores dos reajustes por faixa etária, de forma a atender os limites estabelecidos nesta Lei e em seu disciplinamento;
IV - mecanismos de oferecimento ao usuário e de sua manifestação de adesão;
V - outras exigências regulamentadas pela ANS.
§ 1º A operadora deverá informar também se o acréscimo a que se refere o inciso II deste artigo está ou não condicionado à percentual mínimo de adesão dos usuários.
§ 2º O Plano Especial de Adesão previsto neste artigo deverá ser previamente aprovado pela ANS antes de ser oferecido aos beneficiários.
§ 3º É vedada a previsão de carência de qualquer tipo, inclusive relativa a doença ou lesão preexistente, bem como a adesão parcial em contratos coletivos.
§ 4º Caso o percentual mínimo de adesão previsto não seja alcançado, o plano poderá ser refeito, exclusivamente quanto ao percentual de acréscimo às mensalidades, e oferecido novamente aos beneficiários que manifestarem sua adesão ao plano especial de adaptação de contratos original, para nova manifestação de adesão.
§ 5º O disposto neste artigo não alcança as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão." (NR)
"Art. 35-M. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)
"Art. 35-N. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. "
"Art. 35-O. Para os contratos comercializados pelas sociedades seguradoras de que trata a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sem a intermediação de corretores de seguro, não é devido o recolhimento ao Fundo de Desenvolvimento Educacional do Seguro de que trata o art. 19 da Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964." (NR)
Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.694, DE 2014

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4844/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4844/2001 o PL 6677/2009, o PL 7694/2014, o PL 5532/2016 e o PL 8163/2017, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998 passa a vigorar com seguinte redação:

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de cinco anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 9.656, de 1998, trouxe inegáveis ganhos para o setor de saúde suplementar, principalmente para os consumidores que passaram a contar com regras definidas e estáveis para a contratualização com as operadoras e, também, com um órgão de controle e regulação do setor.

Se no período anterior à vigência da norma vigia a lei da selva, com graves e reiterados desrespeitos aos mais elementares direitos dos consumidores, após sua entrada em vigor as definições claras dos direitos e deveres de cada parte permitiu expressivo crescimento do setor, tendo em vista que a segurança atraiu mais e mais interessados em ingressar nessa modalidade de atenção à saúde.

Uma das regras definidas pela legislação setorial, e que representou justiça para com os consumidores, foi a de facultar aos empregados que tenham contribuído por dez anos ou mais para o plano da empresa, de manterem esse vínculo, desde que assumam o pagamento integral das despesas com mensalidades.

Sem dúvida, tal dispositivo trouxe justiça para os aposentados, permitindo-lhes, caso seja do seu interesse, manter o vínculo e não ter que buscar um plano de saúde novo, com novos prazos de carência, preços mais altos em decorrência da idade, outra rede

de prestadores de serviços etc.

Nosso ponto de vista, entretanto, é de que o prazo de dez anos exigido para o gozo desse direito é muito longo. Se um empregado já próximo de sua aposentadoria é admitido em uma empresa, é porque essa empresa reconheceu o seu valor e houve por bem contar com seu trabalho e sua experiência nos últimos cinco a nove anos de sua vida profissional.

Assim, propomos que o prazo passe a ser de cinco anos para que se efetive esse direito, lembrando que o pagamento das parcelas, após a aposentadoria, correm integralmente por conta do aposentado, sem custos para a empresa.

Esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional para aprovar esta proposição, com a certeza de que estaremos contribuindo para melhorar a saúde de nossos aposentados.

Sala das Sessões, em 10 de junho de 2014.

Deputado CARLOS BEZERRA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados,

conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 7.844, DE 2014

(Dos Srs. Rogério Carvalho e Ricardo Izar)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para dispor sobre a indicação de órteses, próteses, materiais especiais aos profissionais médicos ou clínicas, com referências baseadas em evidências, práticas cientificamente reconhecidas e autorização pela vigilância sanitária.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-657/2011.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para regular a indicação de órteses, próteses, materiais especiais com referências baseadas em evidências, práticas cientificamente reconhecidas e autorização pela vigilância sanitária

Art. 2º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", passa a vigorar acrescida do art. 10-C:

Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, indicar ao profissional médico, clínica ou estabelecimento hospitalar, no mínimo três modelos de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), com comprovação técnica, referenciada em práticas baseadas em evidências e autorizadas pela vigilância sanitária.

Parágrafo Único. A indicação de que trata o caput deste artigo não vincula o profissional médico e outros estabelecimentos de saúde responsáveis pelo

atendimento e procedimento ao paciente, que deverá justificar clinicamente a não aceitação.

.....

.....(NR).

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

JUSTIFICATIVA

Este Projeto é decorrência dos debates e pleitos do XXI Simpósio das Unimeds do Estado de São Paulo (Suesp – 2014), em que comparecemos como convidados. Assim, a Proposta é determinar na Lei dos Planos e Seguradoras de Saúde a competência para indicar 3 (três) marcas/modelos de OPMEs, levando-se em conta a comprovação técnica, referências baseadas em evidências e habilitação pela Vigilância Sanitária (ANVISA).

Esclareça-se que o Projeto não retira nenhuma competência do médico, uma vez que a indicação não vincula o profissional médico e outros estabelecimentos de saúde responsáveis pelo atendimento e procedimento ao paciente, que deverá justificar clinicamente a não aceitação.

Dados recentes indicam que as órteses e próteses são responsáveis por gastos elevados que afetam o Sistema único de Saúde (SUS). Há disparidade em relação aos preços praticados na venda de órteses e próteses de mesmo material e até mesma marca em diversas regiões do país, em alguns casos alcançando a discrepante proporção de um aumento de até 900%. A mesma discrepância de preço muitas vezes é observada na mesma região entre as aquisições promovidas pelo setor público e o setor privado.

Aliás, existem setores do SUS (público e privado) que foram capturadas por interesses privados, uma vez que há um crescimento acima da média do mercado de equipamentos e materiais (comparado com outros países emergentes).

Conto com o apoio dos Parlamentares para a análise e aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em 05 de agosto de 2014

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO** PT/SE

DEPUTADO **RICARDO IZAR** PSD/SP

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: ("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.914, DE 2014

(Do Sr. Felipe Bornier)

Altera a Lei nº 9.656, de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para obrigar o atendimento aos portadores de obesidade mórbida.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-805/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

“Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, prestar serviços clínicos, cirúrgicos, inclusive cirurgia bariátrica, nutricionais, psicológicos e das demais especialidades que se fizerem necessários aos portadores de obesidade mórbida.

JUSTIFICAÇÃO

A obesidade vem se constituindo num grave de problema de saúde pública em todo o mundo, estimando-se que mais de 300 milhões de pessoas são afetadas por essa doença.

O aumento vertiginoso de pessoas consideradas obesas é, segundo os especialistas, fruto da combinação da disponibilidade de uma dieta com altos teores energéticos com o estilo de vida sedentário.

A Organização Mundial da Saúde — OMS se utiliza do Índice de Massa Corporal (IMC) para classificação da obesidade. Indivíduos com 25 de IMC ou mais são considerados acima do peso, sendo que a obesidade grau III, maior ou igual a 40 kg/m2, é considerada obesidade mórbida.

A obesidade grau III ou mórbida está relacionada com mortalidade aumentada e a ocorrência de diversas outras moléstias, tais como: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, apneia do sono, doenças cardiovasculares, artropatias, colecistopatias e câncer.

No Brasil, dados de pesquisas domiciliares evidenciaram um aumento de 255% na ocorrência de obesidade mórbida entre os anos de 1974 e 2003, em trinta anos, portanto. O aumento regional, então, é assustador, com 760% e 410% nas Regiões Nordeste e Norte, respetivamente.

Medidas para a prevenção e tratamento deste mal têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde — SUS. No entanto, tem sido reiteradamente ignoradas pelos planos de saúde, que alegam tratar-se apenas de uma questão estética, uma preocupação exacerbada com a beleza, ignorando inumerosos óbitos decorrentes de complicações da obesidade mórbida**.**

Ora, um quarto da população brasileira tem acesso a essa modalidade de prestação de assistência à saúde e, dessa forma, se vê excluída de cobertura para essa moléstia tão grave e a cada dia mais disseminada.

Desse modo, propomos a inclusão de preceito na Lei nº 9.6556, de 1998, a chamada “Lei dos Planos de Saúde”, obrigando às operadoras cobrirem as necessidades dos portadores dessa doença.

Cremos que, com tal diretriz, estaremos dando acesso a considerável parcela da população aos recursos preventivos e curativos necessários a que se possam mitigar

os efeitos deletérios que o excesso de peso acarreta.

Assim, esperamos contar com o apoiamento de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional para aprovar esta matéria que, com toda a certeza contribuirá para melhorar a saúde de parcela significativa de nossa população,

Sala das Sessões, em 26 de agosto de 2014.

Deputado FELIPE BORNIER

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 69, DE 2015

(Do Sr. Pompeo de Mattos)

Acrescenta inciso IV ao art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/06

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º- Acrescenta inciso IV ao artigo 18 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, que vigorará com a seguinte redação;

Art. 18 – A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - .....;

II - .....;

III - .....;

*IV – **fica estabelecido o prazo de até 15 (quinze) dias úteis entre a marcação de consultas para clínica médica ou quaisquer outras especialidades e o atendimento médico e ainda, para marcação e realização de exames de qualquer natureza**.*

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

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

Trata-se a presente proposta de reapresentação do Projeto de Lei nº 499, de 2011, de autoria do Ex-Deputado Federal Enio Bacci, do meu partido, com o objetivo estabelecer prazo de até 15 dias úteis entre a marcação da consulta e o atendimento médico ou marcação e realização de um exame.

Referido projeto foi arquivado nos termos do artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, mas mantém-se oportuno e atual, como se pode ver das razões que o justificaram à época de sua apresentação:

"O acesso à saúde é garantido a todo cidadão por lei, mas a má gestão estatal leva a um atendimento negligenciado. O que vemos por todo nosso país são pessoas esperando horas a fio para serem consultadas por um médico, e não raro é noticiado uma morte nos corredores dos hospitais ou postos de saúde, ocasionada pela demora no atendimento. Por este motivo é que algumas pessoas contratam, à custa de sacrifício pessoal, um plano de saúde. Esperam ter um atendimento diferenciado e mais ágil. Na prática, clínicas credenciadas esperam abrir a agenda para marcar consultas ou exames, o que torna a espera extremamente demorada, apesar do pagamento ao plano de saúde.

O intuito deste projeto de lei é proporcionar ao cidadão melhores condições de acesso à saúde, pois parece razoável dispor sobre um prazo de 15 (quinze) dias entre a marcação da consulta e o atendimento médico ou marcação e realização de um exame. Desta forma poderia ocorrer a necessária organização do agendamento de consultas e exames, para que o consumidor tenha garantido seu direito de forma efetiva."

Desta forma, por concordar com os argumentos despendidos na justificativa colacionada, que demonstra a necessidade da proposta, cujo autor entendeu oportuna a sua reapresentação, espero aprovação rápida do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, 02 de fevereiro de 2015.

Dep. Pompeo de Mattos
Deputado Federal – PDT/RS

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que

não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e "e-mail"; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

RESOLUÇÃO Nº 17, de 1989

Aprova o Regimento Interno da Câmara dos Deputados

A CÂMARA DOS DEPUTADOS, considerando a necessidade de adaptar o seu funcionamento e processo legislativo próprio à Constituição Federal,
RESOLVE:
Art. 1º O Regimento Interno da Câmara dos Deputados passa a vigorar na conformidade do texto anexo.
Art. 2º Dentro de um ano a contar da promulgação desta resolução, a Mesa elaborará e submeterá à aprovação do Plenário o projeto de Regulamento Interno das Comissões e a alteração dos Regulamentos Administrativo e de Pessoal, para ajustá-los às diretrizes estabelecidas no Regimento.
Parágrafo único. Ficam mantidas as normas administrativas em vigor, no que não contrarie o anexo Regimento, e convalidados os atos praticados pela Mesa no período de 1º de fevereiro de 1987, data da instalação da Assembléia Nacional Constituinte, até o início da vigência desta resolução.
Art. 3º A Mesa apresentará projeto de resolução sobre o Código de Ética e Decoro Parlamentar. *(Vide Resolução nº 25, de 2001)*
Art. 4º Ficam mantidas, até o final da sessão legislativa em curso, com seus atuais Presidente e Vice-Presidentes, as Comissões Permanentes criadas e organizadas na forma da Resolução nº 5, de 1989, que terão competência em relação às matérias das Comissões que lhes sejam correspondentes ou com as quais tenham maior afinidade, conforme discriminação constante do texto regimental anexo (art. 32). *(Vide Resolução nº 20, de 2004)*
§ 1º Somente serão apreciadas conclusivamente pelas Comissões, na conformidade do art. 24, II, do novo Regimento, as proposições distribuídas a partir do início da vigência desta Resolução.
§ 2º Excetuam-se do prescrito no parágrafo anterior os projetos em trâmite na Casa, pertinentes ao cumprimento dos arts. 50 e 59 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em relação aos quais o Presidente da Câmara abrirá o prazo de cinco sessões para a apresentação de emendas nas Comissões incumbidas de examinar o mérito das referidas proposições.
Art. 5º Ficam mantidas, até o final da legislatura em curso, as lideranças constituídas, na forma das disposições regimentais anteriores, até a data da promulgação do Regimento Interno.
Art. 6º Até 15 de março de 1990, constitui a Maioria a legenda ou composição partidária integrada pelo maior número de representantes, considerando-se Minoria a representação imediatamente inferior.
Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 8º Revogam-se a Resolução nº 30, de 1972, suas alterações e demais disposições em contrário.

Brasília, 21 de setembro de 1989. - *Paes de Andrade,* Presidente.

REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

.....

TÍTULO IV
DAS PROPOSIÇÕES

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

.....

Art. 105. Finda a legislatura, arquivar-se-ão todas as proposições que no seu decurso tenham sido submetidas à deliberação da Câmara e ainda se encontrem em tramitação, bem como as que abram crédito suplementar, com pareceres ou sem eles, salvo as:
I - com pareceres favoráveis de todas as Comissões;
II - já aprovadas em turno único, em primeiro ou segundo turno;
III - que tenham tramitado pelo Senado, ou dele originárias;
IV - de iniciativa popular;
V - de iniciativa de outro Poder ou do Procurador-Geral da República.
Parágrafo único. A proposição poderá ser desarquivada mediante requerimento do Autor, ou Autores, dentro dos primeiros cento e oitenta dias da primeira sessão legislativa ordinária da legislatura subseqüente, retomando a tramitação desde o estágio em que se encontrava.
Art. 106. Quando, por extravio ou retenção indevida, não for possível o andamento de qualquer

proposição, vencidos os prazos regimentais, a Mesa fará reconstituir o respectivo processo pelos meios ao seu alcance para a tramitação ulterior.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 121, DE 2015

(Do Sr. Juscelino Rezende Filho)

Suprime inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que institui o planoreferência de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4726/2012.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei tem por objetivo suprimir o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que institui o plano-referência de assistência à saúde.

Art. 2º Fica suprimido o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto baseia-se no PL 4726/2012 do ex-deputado Sr. Eleuses Paiva (PSD/SP).

A proposição apresentada visa suprimir o inciso III do art. 10 da Lei nº 9.656, de 03 de Junho de 1998, assumindo o entendimento de que os planos de saúde devem cobrir a inseminação artificial, pois são procedimentos referentes ao planejamento familiar, garantindo aos usuários a certeza de que não encontrarão dificuldades, atualmente impostas pelas operadoras.

A reprodução humana assistida consiste na intervenção médica no processo de procriação por meio de técnicas que têm a função de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana, facilitando o processo de procriação quando outras medidas terapêuticas tenham sido ineficazes. Assim, esta nova técnica surgiu como uma forma de possibilitar àqueles que desejam realizar o sonho de serem pais.

Ressalto que o projeto tem o mérito de incluir o planejamento familiar na gama dos procedimentos cobertos pelos planos de saúde, garantindo aos asseguradas o acesso a métodos de viabilizar a constituição plena da família.

Mediante os argumentos expostos, solicito o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em 03 de fevereiro de 2015.

Deputado JUSCELINO REZENDE FILHO
PRP/MA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso,

fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 176, DE 2015

(Do Sr. Zeca Cavalcanti)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para acrescer novo dispositivo.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5912/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O § 2º, do art. 17-A, da Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

"Art. 17-A .....

(...)

2º .....

(...)

VI – descontos progressivos, incidentes sobre a mensalidade, ao consumidor que utiliza com pouca frequência os serviços contratados."

Art. 2º A ANS publicará normas regulamentares sobre o tema em 90 (noventa) dias após a promulgação desta Lei.

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

JUSTIFICATIVA

Essa proposição objetiva conceder um desconto progressivo nas mensalidades para o usuário do plano de saúde que utiliza com pouca frequência os serviços contratados

da saúde complementar. De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS), atualmente, o setor de plano de saúde conta com 1.433 operadoras com 50,5 milhões de consumidores em plano de assistência médica e 21,3 milhões de planos exclusivamente odontológicos.

Hoje contamos com quatro leis de fundamental importância para os contratantes dos planos de saúde: o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90); a lei que regulamenta a Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98); a criação da Agencia Nacional de Saúde (Lei 9961/00) e o Estatuto do Idoso que proíbe valores diferenciados, em razão da idade, aos beneficiários do plano de saúde (Lei 10.741/03).

A ideia deste Projeto de Lei beneficia o usuário que não utiliza com muita frequência o plano de saúde. O contratante do serviço de saúde suplementar ganha um estímulo, ao ter uma vida mais saudável. Em Recente entrevista, o medico Drauzio Varela ressaltou, por exemplo, que existem incentivos financeiros no exterior, para empregados de empresas deixarem de fumar.

Diante da relevância da matéria, solicito o apoio dos ilustres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, 04 de fevereiro de 2015.

Deputado Zeca Cavalcanti
(PTB-PE)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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. 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)*
Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.
§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.
§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:
I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.
§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.
§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.
§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo *(Artigo acrescido 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de

sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
.....
.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de

cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar ¿ ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.
Art. 2º. Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.
Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.
.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo

da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.039, DE 2015

(Do Sr. Ronaldo Martins)

Dá nova redação ao parágrafo único, incisos II e III; e acrescenta parágrafo 2º ao art. 13 da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, na forma que indica.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º. O parágrafo único e os incisos II e III do artigo 13 da Lei nº. 9.956, de 03 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art. 13. .....

.....

§1º. Os produtos de que trata o *caput*, contratados individualmente ou coletivamente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I – .....

.....

II – a suspensão ou recisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quadragésimo dia de inadimplência; e

III – a suspensão ou a recisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do segurado ou paciente terminal.

Art. 2º. Fica acrescido o parágrafo 2º ao artigo 13 da Lei nº. 9.956, de 03 de junho de 1998, com a seguinte redação:

§2º. Considera-se paciente terminal o portador de doença para o qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo máximo de 6 (seis) meses da data do diagnóstico.

Art. 3º. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O projeto de lei em tela tem o objetivo de garantir a plenitude dos direitos dos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil, em face dos constantes abusos cometidos pelas empresas que operam esses serviços.

É sabido, até mesmo pela frequência com que são denunciadas junto aos órgãos de defesa do consumidor, que as operadoras de plano de saúde estão procedendo com o cancelamento de planos de saúde, notadamente os coletivos, de forma unilateral, quando identificam desvantagem na relação financeira contratual. Isso tem causado prejuízos incalculáveis aos consumidores desses serviços, inclusive com implicação na saúde e até no agravamento de doenças e em mortes.

Não respeitam a vida e deixam em situação de insegurança milhares de segurados, desrespeitando frontalmente a Constituição Federal, o Código Civil, o Código de Defesa do Consumidor, além de princípios garantidores da dignidade humana, da função social do contrato, a boa-fé objetiva (artigos 113 e 422 do Código Civil) e da vedação ao abuso do poder econômico.

Os limites da função social do contrato estão dispostos no art. 421 do Código Civil. E diz que o contrato não pode ser visto apenas como papel garantidor da circulação de riquezas, mas como desenvolvedor do social, como, por exemplo, a defesa das partes em desvantagem, como os consumidores que têm seus planos de saúde cancelados.

A súmula 469, do Superior Tribunal de Justiça, garantiu o entendimento sobre o qual se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. Onde o art. 51, inciso XI, estabelece que seja nula de pleno direito, em razão de abusividade, a cláusula contratual que autorize o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor. É cláusula claramente abusiva, como dispõe o inciso IV do mesmo artigo.

A ausência do contrato do tipo coletivo, como versa hoje o §1º do art. 13, tem dado margem ao cancelamento unilateral por parte das operadoras. A presente propositura inclui esses contratos coletivos.

Outra modificação proposta estabelece a possibilidade de recisão unilateral do contrato, por parte da operadora, no caso de inadimplência por 60 dias consecutivos, afastando a acumulação de atrasos em períodos diferentes, o que deixa as operadoras à vontade para rescindir quando lhe convier, sob o argumento do somatório de dias atrasados, geralmente pegando o segurado de surpresa.

Outra inovação proposta pelo presente projeto de lei, é a inclusão da impossibilidade de rescisão do contrato de forma unilateral no caso de paciente terminal o direito antes assegurado apenas ao segurado internado.

Em face de que são necessárias todas as modificações propostas pelo Projeto de Lei, que garantirá, de forma efetiva, os direitos dos brasileiros clientes das operadoras de planos de saúde.

Sala das Sessões, em 07 de abril de 2015.

RONALDO MARTINS
Deputado Federal – PRB/CE

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. 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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

LIVRO III
DOS FATOS JURÍDICOS

TÍTULO I
DO NEGÓCIO JURÍDICO

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

.....

Art. 113. Os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé e os usos do lugar de sua celebração.

Art. 114. Os negócios jurídicos benéficos e a renúncia interpretam-se estritamente.

.....

TÍTULO V
DOS CONTRATOS EM GERAL

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Preliminares

Art. 421. A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato.
Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.
Art. 423. Quando houver no contrato de adesão cláusulas ambíguas ou contraditórias, dever-se-á adotar a interpretação mais favorável ao aderente.
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO VI
DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

.....

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§ 1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.298, de 1/8/1996)*
§ 2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§ 3º (VETADO).
.....
.....

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SÚMULA 469

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

PROJETO DE LEI N.º 1.159-A, DE 2015

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Altera a redação do art. 96 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso; tendo parecer da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, pela aprovação (relatora: DEP. CRISTIANE BRASIL).

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE O PROJETO DE LEI N. 1.159/2015 AO PROJETO DE LEI N. 7.419/2006 E, EM SEGUIDA, O PROJETO DE LEI N. 5.113/2016 E SEUS APENSADOS AO PROJETO DE LEI N. 1.159/2015. POR CONSEGUINTE, INCLUA-SE A COMISSÃO DE DEFESA DOS DIRETOS DA PESSOA IDOSA ENTRE AS COMPETENTES A SE PRONUNCIAR QUANTO AO MÉRITO DA MATÉRIA. PUBLIQUE-SE. OFICIE-SE

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei criminaliza a conduta de impedir ou dificultar a contratação de plano de saúde por idoso em virtude do resultado de perícia ou exame prévio.

Art. 2º O art. 96 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, passa a vigorar com a

seguinte redação:

“Art. 96. .....

§ 3º Impedir ou dificultar pessoa idosa de contratar plano de saúde em virtude do resultado de perícia ou exame prévio:

Pena – reclusão de um a dois anos e multa (NR).”

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

JUSTIFICAÇÃO

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) mostrou que clientes com mais de 60 anos precisam passar por exames médicos para conseguir contratar planos de saúde.

De acordo com o levantamento, das vinte maiores operadoras de planos de saúde que atuam em São Paulo, apenas oito comercializam planos individuais para clientes com mais de 60 anos.

Dentre essas oito empresas, duas não foram avaliadas quanto à forma de contratação porque o Idec não conseguiu contato direto, mas constatou-se que cinco delas submetem os interessados na contratação do plano a exames médicos chamados de “entrevistas qualificadas”.

Para o órgão de defesa do consumidor, o exame prévio é ilegal. Segundo eles, ao exigir a entrevista, as empresas estão desrespeitando o inciso X do artigo 5º da Constituição, segundo o qual a intimidade das pessoas é inviolável.

"A contratação de um plano de saúde envolve riscos para os dois lados. O consumidor corre o risco de pagar e não precisar usá-lo, e a operadora corre o risco de vender um plano sem saber se o cliente vai ou não desenvolver uma doença", disse o Idec por meio de nota divulgada à imprensa.

A entrevista qualificada é permitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mas o consumidor tem o direito de escolher se quer ou não passar pelo exame.

Segundo as normas da ANS, ainda, a entrevista qualificada pode ser realizada quando o cliente tem dificuldades para preencher a declaração de saúde, documento regulamentado pela ANS que é usado para registrar se o cliente tem alguma doença pré-existente.

De acordo com o Idec, corretores de planos de saúde deram a entender que a contratação pode não ser finalizada de acordo com o resultado das entrevistas.

Essa prática odiosa e discriminatória contra os idosos, na contratação de prestação de serviços essenciais à sua qualidade de vida, não pode ser tolerada, exigindo do legislador medidas duras, tais como a respectiva tipificação penal, ora proposta.

Contamos com o endosso dos ilustres Pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 15 de abril de 2015.

Deputado Carlos Bezerra

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;
II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;
IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;
V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;
VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;
VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;
VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;
IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença;
X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;
XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;
XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;
XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;
XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;

XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente;
XVII - é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar;
XVIII - a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;
XIX - as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado;
XX - ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;
XXI - as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;
XXII - é garantido o direito de propriedade;
XXIII - a propriedade atenderá a sua função social;
XXIV - a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição;
XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;
XXVI - a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento;
XXVII - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;
XXVIII - são assegurados, nos termos da lei:
a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas;
b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas;
XXIX - a lei assegurará aos autores de inventos industriais privilégio temporário para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País;
XXX - é garantido o direito de herança;
XXXI - a sucessão de bens de estrangeiros situados no País será regulada pela lei brasileira em benefício do cônjuge ou dos filhos brasileiros, sempre que não lhes seja mais favorável a lei pessoal do *de cujus* ;
XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;
XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;
XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:
a) o direito de petição aos poderes públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;
XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;
XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;
XXXVII - não haverá juízo ou tribunal de exceção;

XXXVIII - é reconhecida a instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, assegurados:
a) a plenitude de defesa;
b) o sigilo das votações;
c) a soberania dos veredictos;
d) a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida;
XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;
XL - a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu;
XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;
XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei;
XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;
XLIV - constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado democrático;
XLV - nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;
XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:
a) privação ou restrição da liberdade;
b) perda de bens;
c) multa;
d) prestação social alternativa;
e) suspensão ou interdição de direitos;
XLVII - não haverá penas:
a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
b) de caráter perpétuo;
c) de trabalhos forçados;
d) de banimento;
e) cruéis;
XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;
XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;
L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;
LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei;
LII - não será concedida extradição de estrangeiro por crime político ou de opinião;
LIII - ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente;
LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;
LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;
LVI - são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos;
LVII - ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;
LVIII - o civilmente identificado não será submetido a identificação criminal, salvo nas hipóteses previstas em lei;
LIX - será admitida ação privada nos crimes de ação pública, se esta não for intentada no prazo

legal;
LX - a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;
LXI - ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei;
LXII - a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada;
LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;
LXIV - o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial;
LXV - a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária;
LXVI - ninguém será levado à prisão ou nela mantido quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança;
LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel;
LXVIII - conceder-se-á *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;
LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data* , quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público;
LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:
a) partido político com representação no Congresso Nacional;
b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;
LXXI - conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;
LXXII - conceder-se-á *habeas data* :
a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;
b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;
LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;
LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;
LXXV - o Estado indenizará o condenado por erro judiciário, assim como o que ficar preso além do tempo fixado na sentença;
LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:
a) o registro civil de nascimento;
b) a certidão de óbito;
LXXVII - são gratuitas as ações de *habeas corpus* e *habeas data* , e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.
LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do

processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.
§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.
§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 4º O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. *(Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000)* e *(Artigo com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010)*

.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO VI
DOS CRIMES

.....

CAPÍTULO II
DOS CRIMES EM ESPÉCIE

Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal.
Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:
Pena - reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.
§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.
§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.
Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:
Pena - detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.272, DE 2015

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Acresce dispositivo à Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acresce dispositivo à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para enunciar a legitimidade da Defensoria Pública para propor a ação civil pública, cautelar ou principal, e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais de consumidores ou beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 33-A:

"*Art. 33-A. A Defensoria Pública tem legitimidade para propor a ação civil pública, cautelar ou principal, e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais de consumidores ou beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde, independentemente do grau ou espécie de sua vulnerabilidade.*"

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei cuida de modificar dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde) para enunciar a legitimidade da Defensoria Pública para propor a ação civil pública, cautelar ou principal, e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais de consumidores ou beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde, independentemente do grau ou espécie da vulnerabilidade encontrada: simplesmente econômica ou em virtude de idade, deficiência, condição de gestante, etc.

Veja-se que a Lei Orgânica da Defensoria Pública – Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, ao dispor sobre a legitimação da Defensoria Pública, estabelece, em seu art. 4º, rol não exaustivo das funções da Defensoria Pública, entre as quais inclui as de "*promover ação civil pública e todas as espécies de ações capazes de*

propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas hipossuficientes", "*exercer a defesa dos direitos e interesses individuais, difusos, coletivos e individuais homogêneos e dos direitos do consumidor, na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal*" e "*promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela*".

De outra parte, a Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (Lei da Ação Civil Pública), com as alterações advindas da Lei nº 11.448, de15 de janeiro de 2007, também prevê, em seu art. 5º, *caput* e inciso II, a legitimidade da Defensoria Pública para a propositura da ação civil pública, cautelar ou principal, em defesa de direitos e interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos, não opondo a isto restrições.

Apesar disso, tem sido questionada a legitimidade da Defensoria Pública para propor a ação civil pública, cautelar ou principal, e outras espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais de consumidores ou beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Recentemente, a 4ª Turma do Superior Tribunal de Justiça recentemente firmou, em julgamento do Recurso Especial nº 1192577, o entendimento de que a Defensoria Pública, mesmo estando apta a ajuizar ações coletivas em defesa de interesses difusos, coletivos ou individuais homogêneos, quando se tratar de interesses coletivos em sentido estrito ou individuais homogêneos, diante de grupos determinados de lesados, teria sua legitimação processual restrita a pessoas notadamente necessitadas, não sendo este o caso daqueles que são usuários de serviços de saúde complementar (beneficiários de planos e seguros de saúde complementar) porque podem pagar por tais serviços, prescindindo daqueles gratuitamente prestados pelo Estado. Apenas em relação aos difusos, é que sua legitimidade seria ampla, conforme explicou o relator do referido recurso, Ministro Luis Felipe Salomão, que afirmou ainda que, em tal hipótese, "Basta que possa beneficiar grupo de pessoas necessitadas, haja vista que o direito tutelado é pertencente a pessoas indeterminadas, e mesmo que indiretamente venham a ser alcançadas pessoas que tenham suficiência de recursos, isso, por si só, não irá elidir tal legitimação".

Entendemos, contudo, que a necessidade como requisito para atendimento pela Defensoria Pública (ou hipossuficiência) não se reduziria apenas ao grau de recursos financeiros, mas também como necessidade técnico-administrativa, visando o acesso pleno à Justiça como direito fundamental.

Assim, vislumbramos ser importante a alteração legislativa ora proposta a fim de explicitar no ordenamento infraconstitucional vigente a legitimidade da Defensoria Pública para, sem restrições, propor ações em defesa de direitos de usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde de maneira que restem dirimidas as dúvidas que possam pairar sobre esta matéria.

Certo de que a importância deste projeto de lei e os benefícios que dele deverão resultar serão percebidos pelos meus ilustres Pares, esperamos contar com o apoio necessário para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 27 de abril de 2015.

Deputado CARLOS BEZERRA

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;
II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;
III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;
IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;
V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;
VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;
VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;
VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;
IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença;
X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;
XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;
XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;
XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;
XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;
XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público,

independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente;
XVII - é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar;
XVIII - a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;
XIX - as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado;
XX - ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;
XXI - as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;
XXII - é garantido o direito de propriedade;
XXIII - a propriedade atenderá a sua função social;
XXIV - a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição;
XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;
XXVI - a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento;
XXVII - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;
XXVIII - são assegurados, nos termos da lei:
a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas;
b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas;
XXIX - a lei assegurará aos autores de inventos industriais privilégio temporário para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País;
XXX - é garantido o direito de herança;
XXXI - a sucessão de bens de estrangeiros situados no País será regulada pela lei brasileira em benefício do cônjuge ou dos filhos brasileiros, sempre que não lhes seja mais favorável a lei pessoal do *de cujus* ;
XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;
XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;
XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:
a) o direito de petição aos poderes públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;
XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;
XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;
XXXVII - não haverá juízo ou tribunal de exceção;
XXXVIII - é reconhecida a instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, assegurados:
a) a plenitude de defesa;
b) o sigilo das votações;
c) a soberania dos veredictos;
d) a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida;
XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;
XL - a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu;
XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;
XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de

reclusão, nos termos da lei;
XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;
XLIV - constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado democrático;
XLV - nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;
XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:
a) privação ou restrição da liberdade;
b) perda de bens;
c) multa;
d) prestação social alternativa;
e) suspensão ou interdição de direitos;
XLVII - não haverá penas:
a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
b) de caráter perpétuo;
c) de trabalhos forçados;
d) de banimento;
e) cruéis;
XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;
XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;
L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;
LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei;
LII - não será concedida extradição de estrangeiro por crime político ou de opinião;
LIII - ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente;
LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;
LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;
LVI - são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos;
LVII - ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;
LVIII - o civilmente identificado não será submetido a identificação criminal, salvo nas hipóteses previstas em lei;
LIX - será admitida ação privada nos crimes de ação pública, se esta não for intentada no prazo legal;
LX - a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;
LXI - ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei;
LXII - a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada;
LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;
LXIV - o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial;
LXV - a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária;
LXVI - ninguém será levado à prisão ou nela mantido quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança;
LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel;

LXVIII - conceder-se-á *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;
LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data* , quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público;
LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:
a) partido político com representação no Congresso Nacional;
b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;
LXXI - conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;
LXXII - conceder-se-á *habeas data* :
a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;
b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;
LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;
LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;
LXXV - o Estado indenizará o condenado por erro judiciário, assim como o que ficar preso além do tempo fixado na sentença;
LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:
a) o registro civil de nascimento;
b) a certidão de óbito;
LXXVII - são gratuitas as ações de *habeas corpus* e *habeas data* , e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.
LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.
§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.
§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 4º O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. *(Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000)* e *(Artigo com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010)*
.....
.....

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. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI COMPLEMENTAR Nº 80, DE 12 DE JANEIRO DE 1994

Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)

Art. 1º A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, assim considerados na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal. *(Artigo com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
Art. 2º A Defensoria Pública abrange:
I - a Defensoria Pública da União;
II - a Defensoria Pública do Distrito Federal e dos Territórios;
III - as Defensorias Públicas dos Estados.
Art. 3º São princípios institucionais da Defensoria Pública a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.
Parágrafo único. (VETADO)
Art. 3º-A São objetivos da Defensoria Pública:
I - a primazia da dignidade da pessoa humana e a redução das desigualdades sociais;
II - a afirmação do Estado Democrático de Direito;
III - a prevalência e efetividade dos direitos humanos; e
IV - a garantia dos princípios constitucionais da ampla defesa e do contraditório. *(Artigo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
Art. 4º São funções institucionais da Defensoria Pública, dentre outras:
I - prestar orientação jurídica e exercer a defesa dos necessitados, em todos os graus; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
II - promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos litígios, visando à composição entre as pessoas em conflito de interesses, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e demais técnicas de composição e administração de conflitos; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
III - promover a difusão e a conscientização dos direitos humanos, da cidadania e do ordenamento jurídico; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
IV - prestar atendimento interdisciplinar, por meio de órgãos ou de servidores de suas Carreiras de apoio para o exercício de suas atribuições; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
V - exercer, mediante o recebimento dos autos com vista, a ampla defesa e o contraditório em favor de pessoas naturais e jurídicas, em processos administrativos e judiciais, perante todos os

órgãos e em todas as instâncias, ordinárias ou extraordinárias, utilizando todas as medidas capazes de propiciar a adequada e efetiva defesa de seus interesses; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
VI - representar aos sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos, postulando perante seus órgãos; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
VII - promover ação civil pública e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas hipossuficientes; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
VIII - exercer a defesa dos direitos e interesses individuais, difusos, coletivos e individuais homogêneos e dos direitos do consumidor, na forma do inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
IX - impetrar *habeas corpus*, mandado de injunção, *habeas data* e mandado de segurança ou qualquer outra ação em defesa das funções institucionais e prerrogativas de seus órgãos de execução; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
X - promover a mais ampla defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, abrangendo seus direitos individuais, coletivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, sendo admissíveis todas as espécies de ações capazes de propiciar sua adequada e efetiva tutela; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XI - exercer a defesa dos interesses individuais e coletivos da criança e do adolescente, do idoso, da pessoa portadora de necessidades especiais, da mulher vítima de violência doméstica e familiar e de outros grupos sociais vulneráveis que mereçam proteção especial do Estado; *(Inciso com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XII - (VETADO)
XIII - (VETADO)
XIV - acompanhar inquérito policial, inclusive com a comunicação imediata da prisão em flagrante pela autoridade policial, quando o preso não constituir advogado; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XV - patrocinar ação penal privada e a subsidiária da pública; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XVI - exercer a curadoria especial nos casos previstos em lei; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XVII - atuar nos estabelecimentos policiais, penitenciários e de internação de adolescentes, visando a assegurar às pessoas, sob quaisquer circunstâncias, o exercício pleno de seus direitos e garantias fundamentais; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XVIII - atuar na preservação e reparação dos direitos de pessoas vítimas de tortura, abusos sexuais, discriminação ou qualquer outra forma de opressão ou violência, propiciando o acompanhamento e o atendimento interdisciplinar das vítimas; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XIX - atuar nos Juizados Especiais;
XX - participar, quando tiver assento, dos conselhos federais, estaduais e municipais afetos às funções institucionais da Defensoria Pública, respeitadas as atribuições de seus ramos; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XXI - executar e receber as verbas sucumbenciais decorrentes de sua atuação, inclusive quando devidas por quaisquer entes públicos, destinando-as a fundos geridos pela Defensoria Pública e destinados, exclusivamente, ao aparelhamento da Defensoria Pública e à capacitação profissional de seus membros e servidores; *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
XXII - convocar audiências públicas para discutir matérias relacionadas às suas funções institucionais. *(Inciso acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 1º (VETADO)
§ 2º As funções institucionais da Defensoria Pública serão exercidas inclusive contra as Pessoas Jurídicas de Direito Público.
§ 3º (VETADO)
§ 4º O instrumento de transação, mediação ou conciliação referendado pelo Defensor Público valerá como título executivo extrajudicial, inclusive quando celebrado com a pessoa jurídica de direito público. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 5º A assistência jurídica integral e gratuita custeada ou fornecida pelo Estado será exercida

pela Defensoria Pública. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 6º A capacidade postulatória do Defensor Público decorre exclusivamente de sua nomeação e posse no cargo público. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 7º Aos membros da Defensoria Pública é garantido sentar-se no mesmo plano do Ministério Público. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 8º Se o Defensor Público entender inexistir hipótese de atuação institucional, dará imediata ciência ao Defensor Público- Geral, que decidirá a controvérsia, indicando, se for o caso, outro Defensor Público para atuar. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 9º O exercício do cargo de Defensor Público é comprovado mediante apresentação de carteira funcional expedida pela respectiva Defensoria Pública, conforme modelo previsto nesta Lei Complementar, a qual valerá como documento de identidade e terá fé pública em todo o território nacional. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 10. O exercício do cargo de Defensor Público é indelegável e privativo de membro da Carreira. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
§ 11. Os estabelecimentos a que se refere o inciso XVII do caput reservarão instalações adequadas ao atendimento jurídico dos presos e internos por parte dos Defensores Públicos, bem como a esses fornecerão apoio administrativo, prestarão as informações solicitadas e assegurarão acesso à documentação dos presos e internos, aos quais é assegurado o direito de entrevista com os Defensores Públicos. *(Parágrafo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
Art. 4º-A São direitos dos assistidos da Defensoria Pública, além daqueles previstos na legislação estadual ou em atos normativos internos:
I - a informação sobre:
a) localização e horário de funcionamento dos órgãos da Defensoria Pública;
b) a tramitação dos processos e os procedimentos para a realização de exames, perícias e outras providências necessárias à defesa de seus interesses;
II - a qualidade e a eficiência do atendimento;
III - o direito de ter sua pretensão revista no caso de recusa de atuação pelo Defensor Público;
IV - o patrocínio de seus direitos e interesses pelo defensor natural;
V - a atuação de Defensores Públicos distintos, quando verificada a existência de interesses antagônicos ou colidentes entre destinatários de suas funções. *(Artigo acrescido pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*

TÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

CAPÍTULO I
DA ESTRUTURA

Art. 5º A Defensoria Pública da União compreende:
I - órgãos de administração superior:
a) a Defensoria Pública-Geral da União;
b) a Subdefensoria Pública-Geral da União;
c) o Conselho Superior da Defensoria Pública da União;
d) a Corregedoria-Geral da Defensoria Pública da União;
II - órgãos de atuação:
a) as Defensorias Públicas da União nos Estados, no Distrito Federal e nos Territórios;
b) os Núcleos da Defensoria Pública da União;
III - órgãos de execução:
a) os Defensores Públicos Federais nos Estados, no Distrito Federal e nos Territórios. *(Alínea com redação dada pela Lei Complementar nº 132, de 7/10/2009)*
.....
.....

LEI Nº 7.347, DE 24 DE JULHO DE 1985

Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º Regem-se pelas disposições desta Lei, sem prejuízo da ação popular, as ações de responsabilidade por danos morais e patrimoniais causados: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.529, de 30/11/2011, publicada no DOU de 1/12/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*
I - ao meio-ambiente;
II - ao consumidor;
III - a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico;
IV - a qualquer outro interesse difuso ou coletivo. *(Inciso acrescido pela Lei nº 8.078, de 11/9/1990)*
V - por infração da ordem econômica; *(Inciso acrescido pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994, e com nova redação dada pela Lei nº 12.529, de 30/11/2011, publicada no DOU de 1/12/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*
VI - à ordem urbanística. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.180-35, de 24/8/2001)*
VII - à honra e à dignidade de grupos raciais, étnicos ou religiosos. *(Inciso acrescido pela Lei nº 12.966, de 24/4/2014, retificado no DOU de 5/5/2014)*
VIII – ao patrimônio público e social. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.004, de 24/6/2014, publicada no DOU de 25/6/2014, em vigor após decorridos 60 dias de sua publicação oficial)*
Parágrafo único. Não será cabível ação civil pública para veicular pretensões que envolvam tributos, contribuições previdenciárias, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS ou outros fundos de natureza institucional cujos beneficiários podem ser individualmente determinados. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.180-35, de 24/8/2001)*
Art. 2º As ações previstas nesta Lei serão propostas no foro do local onde ocorrer o dano, cujo juízo terá competência funcional para processar e julgar a causa.
Parágrafo único. A propositura da ação prevenirá a jurisdição do juízo para todas as ações posteriormente intentadas que possuam a mesma causa de pedir ou o mesmo objeto. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.180-35, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 11.448, DE 15 DE JANEIRO DE 2007

Altera o art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, que disciplina a ação civil pública, legitimando para sua propositura a Defensoria Pública.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º Esta Lei altera o art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, que disciplina a ação civil pública, legitimando para a sua propositura a Defensoria Pública.
Art. 2º O art. 5º da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985, passa a vigorar com a seguinte redação:
"Art. 5º Têm legitimidade para propor a ação principal e a ação cautelar:
I - o Ministério Público;
II - a Defensoria Pública;
III - a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;
IV - a autarquia, empresa pública, fundação ou sociedade de economia mista;
V - a associação que, concomitantemente:
a) esteja constituída há pelo menos 1 (um) ano nos termos da lei civil;
b) inclua, entre suas finalidades institucionais, a proteção ao meio ambiente, ao consumidor, à ordem econômica, à livre concorrência ou ao patrimônio artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico.
..... " (NR)
Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de janeiro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos

PROJETO DE LEI N.º 1.564, DE 2015

(Da Sra. Maria do Rosário e outros)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Acrescenta-se a Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, Lei dos planos e seguros privados de assistência à saúde, o seguinte artigo:

Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, ofertar tratamento em clínicas e hospitais psiquiátricos especializados no cuidado e cura de dependências químicas.

Art. 2º O artigo 12, II passa a vigorar acrescido da seguinte alínea:

"Art. 12.....

I - .....

II - .....

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

f) .....

g) .....

h) em clínicas e hospitais psiquiátricos especializados no cuidado e na cura de dependências químicas."

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Nas últimas décadas, houve um incontestável avanço das ciências que estudam os fenômenos mentais, com descobertas de importantes psicofármacos e comprovação da eficácia de numerosas técnicas terapêuticas psico-sociais para o eficaz tratamento da

dependência química.

Vale ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2004, classifica o vício em drogas como uma disfunção cerebral, como distúrbio neurológico, dando, portanto, caráter patológico a ele.

Estudos desenvolvido pelo *National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health* dos Estados Unidos indicam que para a recuperação é imprecíndivel: a) planejar o tratamento individualmente de acordo com as necessidades e peculiaridades do paciente; b) tratamento especializado; c) internação por todo o tempo em que for necessário; d) o tratamento deve estar sempre disponível; etc.[8]

Apesar de serem conhecidos diversos tipos de tratamentos, "estima-se que entre 99 mil a 253 mil mortes possam estar associadas ao uso de drogas ilícitas, e a maioria dessas mortes, que poderia ser evitada, resultou de 'overdose' de opiáceos", afirma o relatório do escritório da ONU contras as Drogas e o Crime (ONUDC).[9]

No primeiro trimestre de 2015, o serviço de orientações e informações sobre drogas, o Ligue 132, atendeu cerca de 7 mil pessoas em todo Brasil. O serviço inaugurado em 2005 tem como objetivo prevenir o uso de drogas no país e já atendeu mais de 250 mil pessoas em 10 anos. Funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana e é anônimo.

A falta de informações e a negativa de tratamento condenam milhares de pessoas anualmente à morte, muitas delas jovens, que não obtém o devido tratamento médico. Pelo contrário, em muitas ocasiões o paciente é tratado como alguém que possui um "desvio de caráter", "um fraco" o que só o afasta ainda mais de qualquer possibilidade de tratamento e recuperação.

É preciso reverter esse quadro, tratar o usuário de drogas como alguém em demanda por saúde pública é dar um passo firme e corajoso em direção a luta contra os vícios e seus efeitos destrutivos.

A Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, Lei dos planos e seguros privados de assistência à saúde estabelece em seu artigo 12 a obrigatoriedade de oferta de internação pelo tempo necessário para a total recuperação do paciente. Entretanto, muitas vezes a Agência Nacional de Saúde recebe informações de que as operadoras estão ilegalmente estabelecendo limites máximos de dias de internação.

Ademais, o referido artigo não trata especificamente da drogadição e sim de qualquer tipo de internação. Desta forma, as pessoas quando conseguem utilizar a internação não recebem o tratamento adequado, fazendo com que desistam ou mesmo sejam submetidas a métodos ineficazes.

Trata-se, portanto, de matéria de suma importância alterar a Lei dos Planos de Saúde para a inclusão do tratamento da dependência química em sua cobertura.

Sala da Comissão, em 14 de maio de 2015.

[8] http://www.nida.nih.gov
[9] **http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php**

Deputada Maria do Rosário
PT/RS

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art.

1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.948, DE 2015

(Do Sr. Vinicius Carvalho)

Altera a lei sobre planos e seguros privados de saúde para determinar a obrigatoriedade de instalação de postos de atendimento pelas operadoras, bem como atendimento telefônico 24 horas

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º Acrescente-se o seguinte Artigo 20-A à lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde":

"Art. 20-A. As Operadoras de Plano de Assistência à Saúde deverão manter postos para atendimento pessoal ao consumidor em todas as capitais e nas cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

Parágrafo Único. As Operadoras com mais de 100.000 (cem mil) usuários deverão disponibilizar atendimento por via telefônica 24 (vinte e quatro) horas." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor 360 (trezentos e sessenta) dias após a data de sua publicação.

J U S T I F I C A T I V A

O presente Projeto pretende determinar que as operadoras de Planos de Saúde possuam postos de atendimento para que seus clientes possam ser atendidos pessoalmente. Após consultarmos as páginas da internet de cinco grandes operadoras: Sulamérica, BradescoSaúde, Unimed, Amil e Golden Cross, verificamos que somente a Unimed possui rede de atendimento em todo o País e a Amil possui em 8 (oito) Estados. As demais somente por meio de atendimento telefônico.

A referida matéria encontra-se em consulta pública a ser disciplinada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, todavia, houvemos por bem tornar essa obrigatoriedade uma obrigação legal, visto ser imprescindível o atendimento presencial.

Brasília, em 16 de junho de 2015

Deputado **VINÍCIUS CARVALHO** (PRB/SP)

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. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:
I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;
II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.992, DE 2015

(Do Sr. Fábio Mitidieri)

Altera a lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências, com finalidade de proibir discriminação entre clientes consumidores dos planos de saúde e particulares.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. O art. 18, I, da lei 9.656, 3 de junho de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 18.....

.....

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada:

aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

aos clientes particulares;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos, sem discriminação entre consumidores de operadoras de serviços de saúde e clientes particulares;

§1º. Os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

§ 2º O descumprimento dos incisos I e II estão sujeitos às penas previstas na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, conforme disposto em seu art. 61."

Art. 2º Esta lei entra em vigência na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A proteção ao consumidor, de forma ampla, se justifica na defesa dos direitos fundamentais a exemplo do direito à saúde, à igualdade, à segurança do consumidor, à informação, à educação, dentre outros. Isso se aplica, especialmente, às relações de consumo no âmbito da saúde cujo bem jurídico revela, em última análise, a proteção à vida.

Como se sabe, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei n. 8.078, de 1990, trouxe regras com o propósito de equilibrar a disparidade de forças entre partes de uma relação jurídica específica, a relação de consumo. É notória a fragilidade do consumidor em relação ao fornecedor, sobretudo em situações limite, quando da necessidade de cuidar da saúde própria ou dos seus familiares. Muitas vezes, porém, esse consumidor fica refém da agenda médica mesmo tendo contratado os serviços de um plano de saúde.

No contexto desse Projeto de Lei, firma-se necessário elucidar a natureza consumerista médico paciente. Há algumas controvérsias sobre esse ponto, mas parcamente fundadas, já que o artigo 2º do CDC define o consumidor como " toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final", sendo o fornecedor discriminado no artigo 3° como " toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação (...), distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços". Isso posto, não resta dúvida sobre o enquadramento da relação médico paciente no marco legal do consumo.

A fragilidade do paciente/consumidor nessa relação é, pois, patente. Cientes disso, muitos profissionais da saúde preterem o atendimento dos clientes dos planos de saúde para privilegiar a outra parte das suas clientelas. No entanto, essa discriminação é imoral e injusta, por isso necessita ser regulada. Afinal, não se pode bipartir os clientes entre aqueles pertencentes aos planos de saúde – de segunda categoria – e os particulares – de primeira categoria, prioritários.

A própria natureza da relação entre médico e plano de saúde esclarece essa falsa dicotomia: a legislação não impõe a esses profissionais a obrigatoriedade de se vincularem aos planos de saúde. Diante disso, é facultado aos médicos a adesão aos planos, mas, uma vez vinculados a esses, cabe prestar o serviço de modo uniforme, sem diferenciação entre clientes particulares e segurados. Valorar clientes de forma desigual fere as relações de consumo protegidas pelo CDC.

Esse tipo de prática contribui sobremaneira para arranhar a credibilidade dos planos de saúde na sociedade. Vale lembrar que a Constituição Federal trouxe a saúde complementar como um dos pilares do Sistema de Saúde. Cabe, então, à legislação corrigir essa falha de mercado que estimula o comportamento de risco moral nas relações de saúde complementar.

Dessa forma, a alteração dos dispositivos na lei 9.656 visa alcançar dois objetivos: a proteção do hipossuficiente consumidor dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, garantir a melhor prestação de serviços por parte da saúde complementar.

Acreditamos que a alteração desse dispositivo proporcionará maior bem-estar aos cidadãos.

Pelo acima exposto, contamos com o apoio dos nobres Colegas para a aprovação de nosso projeto de lei.

Sala das Sessões, em 18 de junho de 2015.

Deputado FÁBIO MITIDIERI
PSD/SE

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência,

assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e "e-mail"; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de

assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.
§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.
§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

CAPÍTULO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE RELAÇÕES DE CONSUMO

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;
II - ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor:
a) por iniciativa direta;
b) por incentivos à criação e desenvolvimento de associações representativas;
c) pela presença do Estado no mercado de consumo;
d) pela garantia dos produtos e serviços com padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho.
III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;
IV - educação e informação de fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo;
V - incentivo à criação pelos fornecedores de meios eficientes de controle de qualidade e segurança de produtos e serviços, assim como de mecanismos alternativos de solução de conflitos de consumo;
VI - coibição e repressão eficientes de todos os abusos praticados no mercado de consumo,

inclusive a concorrência desleal e utilização indevida de inventos e criações industriais das marcas e nomes comerciais e signos distintivos, que possam causar prejuízos aos consumidores;
VII - racionalização e melhoria dos serviços públicos;
VIII - estudo constante das modificações do mercado de consumo.
.....

TÍTULO II
DAS INFRAÇÕES PENAIS

Art. 61. Constituem crimes contra as relações de consumo previstas neste código, sem prejuízo do disposto no Código Penal e leis especiais, as condutas tipificadas nos artigos seguintes .
Art. 62. (VETADO).
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.128, DE 2015

(Do Sr. Tenente Lúcio)

Altera os artigos 15 e 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4570/2001.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 15 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 15. Não é permitida a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas pelos planos e seguros de saúde, em razão da idade do consumidor, para segurados que mudarem de faixa etária." (NR)

Art. 2º Suprima-se o inciso IV, do art. 16, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

JUSTIFICAÇÃO

A Lei dos Planos de Saúde representou, indubitavelmente, um notável avanço na proteção dos direitos dos beneficiários desses tipos de contratos.

Antes da vigência daquela norma jurídica, vigorava a verdadeira lei da selva, com grandes desrespeitos e abusos sendo cometidos por parte das operadoras e contra a parte fraca da relação: o consumidor.

Há, entretanto, dispositivos na legislação citada que ainda representam um abuso contra a saúde dos signatários de tais contratos, principalmente dos mais velhos.

O artigo 15 do indigitado diploma jurídico possibilita o aumento das prestações por alteração da idade, sendo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar exarou norma prevendo a validade de sete faixas etárias e que entre a primeira e a última faixa a variação não pode exceder seis vezes.

Muitas empresas, contudo, aproveitam-se dessa faculdade que lhes dá a Resolução da ANS para concentrar os aumentos nas faixas mais idosas, como forma de inviabilizar a permanência de pessoas que, por conta de sua idade, demandam mais assistência a suas respectivas saúdes.

Tal perversidade colide com a igualdade que deve prevalecer no tratamento dos usuários, garantindo-lhes o direito pelo qual pagam desde a assinatura do contrato, até o momento que vierem, por morte ou por interesse próprio, se desvincularem da respectiva operadora.

Assim, propomos que seja vedada a possibilidade de variação de preços em função da idade do segurado e esperamos o apoio de nossos ilustres Pares para votar favoravelmente a essa medida que, indubitavelmente, em muito representará conforto e segurança para milhares de pessoas que utilizam do sistema de saúde suplementar.

Há de considerar que o segurado por um lapso temporal cumpriu o contrato com o pagamento mensal do plano de saúde, momento etário que demandou inversamente ao argumento das seguradoras, menor incidência em recorrer ao sistema de saúde, justamente pelo fato da idade.

Sala das Sessões, em 30 de junho de 2015.

Deputado TENENTE LÚCIO

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. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.274, DE 2015

(Do Sr. Rogério Rosso)

Altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a aplicação da cláusula de reajustes dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1° O §2° do art. 35-E da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a viger com a seguinte redação:

Art. 35-E. .....

.....

.....

.....

§2° Nos contratos individual, familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

....."(NR)

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

JUSTIFICATIVA

Fenômeno que vem crescendo no país, a diminuição da oferta de planos de saúde na modalidade individual e a proliferação de planos familiares e coletivos, vem impactando de forma extremamente deletéria para os consumidores que contratam os produtos. Os produtos são oferecidos com valores atrativos, mas sofrem aumentos abusivos ao longo da vigência dos contratos.

De maneira geral isso se explica porque na Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que

dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, há total omissão acerca do controle efetivo dos reajustes aplicados aos planos chamados coletivos empresariais ou por adesão, além dos familiares.

Assim, os planos coletivos não têm seu índice de reajuste diretamente regulado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), como ocorre com os individuais, ficando livres para determinarem o aumento na mensalidade. O problema é que esses produtos costumam ter reajustes muito mais altos que os individuais.

Conforme a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, enquanto os reajustes dos planos do tipo individual devem ser submetidos à prévia aprovação da ANS, os planos do tipo familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão apenas comunicam o reajuste à ANS, que em nada se opõe ou interfere. Nesses casos, a Agência apenas acompanha os aumentos de preços, os quais, em tese, devem ser acordados mediante negociação entre as partes e devidamente comunicados à Agência em até 30 dias da sua efetiva aplicação.

De acordo com o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor), considerando que o aumento determinado pela ANS em 2014 foi de 9,65% para os planos individuais, a média de reajuste dos planos coletivos foi quase o dobro, sendo que em alguns casos o aumento ultrapassou os 60%.

Merece atenção especial a comercialização de planos coletivos para grupos a partir 3 vidas, já que os planos de saúde acabam alcançando pequenos grupos familiares que possuem negocio próprio, ou pequenas empresas, apenas com a oferta de uma mensalidade de menor valor, comparado ao plano individual que os consumidores possuíam, com a mesma qualidade de cobertura.

A oferta desses novos planos é inicialmente tão atrativa que muitas pessoas se associaram a sindicatos de sua categoria, ou até mesmo criaram o CNPJ para o grupo familiar, para se beneficiarem dessa modalidade de contrato. Na verdade, trata-se de uma estratégia usada pelos planos de saúde para fugir do controle de reajuste da ANS.

Entretanto, essa modalidade é benéfica durante o período no qual nenhum segurado do plano se utiliza apenas superficialmente dos serviços ofertados pelas operadoras de saúde, isso porque perante qualquer tratamento prolongado há um aumento gritante dos valores, uma vez que são poucos membros para diluir o sinistro de utilização.

Os Tribunais de Justiça estão acostumados com essa conduta abusiva e têm decidido que quando se tratar de falsos planos coletivos, ou seja, com poucas pessoas, o reajuste que deverá ser aplicado é o mesmo autorizado pela ANS para os planos individuas, para que não ocorra desequilíbrio entre as partes.

No sentido de caminhar para a solução do problema, apresentamos este Projeto de Lei que submete as modalidades de contrato familiar, coletivo empresarial e coletivo ao controle efetivo da ANS, que passa a se responsabilizar pelos reajustes e não mais

meramente acompanhá-los.

Certo da contribuição significativa às relações de consumo de planos de saúde em nossa sociedade, conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação dessa proposição.

Sala das Sessões, 08 de julho de 2015.

Deputado ROGÉRIO ROSSO
PSD/DF

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de

assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro,

consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa

etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.
Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 2.295, DE 2015

(Do Sr. Rodrigo Garcia)

Estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

Art. 2º A agência ou o órgão regulador na área de saúde suplementar expedirá normas regulamentadoras destinadas ao equilíbrio financeiro e econômico do sistema de saúde suplementar e à elaboração da política quinquenal para o reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais ou coletivos.

Parágrafo único. Na ausência de regulamento, as regras de reajuste aplicáveis aos planos de saúde individuais prevalecerão no âmbito dos planos ou seguros coletivos de saúde.

Art. 3º Caberá à agência ou ao órgão regulador na área de saúde suplementar estabelecer regras contratuais e de reajuste aplicáveis aos planos ou seguros coletivos e individuais de saúde, conforme características específicas de cada modalidade, de modo a permitir a coexistência sustentável das duas modalidades de plano.

Art. 4º A agência ou o órgão regulador na área de saúde suplementar, ao estabelecer diretrizes para os planos ou seguros de saúde, fixará:

I – critérios objetivos e limites de reajustes de preços;

II – condições de oferta e de contratação, para proteger o consumidor interessado em planos ou seguros individuais contra contratação abusiva ou forçada de planos ou seguros coletivos.

Art. 5º O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, expedirá regulamento disciplinando o disposto nesta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O presente projeto de lei visa instituir regras que venham inibir a prática de grave distorção perpetrada ultimamente na área da saúde suplementar: o desaparecimento proposital e gradual, patrocinado pelo mercado, dos planos de saúde individuais.

Como já é de amplo conhecimento público, parte das empresas que atuam no setor de saúde suplementar deixou de comercializar planos individuais de saúde e praticamente obrigaram os consumidores a firmarem planos empresariais, coletivos, ou por adesão, com o objetivo de fugirem das regras mais rigorosas que disciplinam os planos individuais; regras expedidas pelo órgão regulador (ANS).

Por sua vez, o órgão regulador não tem demonstrado disposição – seja por ineficiência ou por submissão gradativa a processo de captura – de implementar política específica que estimule uma coexistência sustentável entre as duas modalidades de plano, protegendo assim o consumidor da contratação abusiva ou forçada de planos de saúde coletivos.

Os planos individuais e familiares estão quase extintos e são pouco comercializados, restando ao consumidor os planos empresariais ou coletivos por adesão. Para conquistar clientes e estimular a assinatura de contratos coletivos, o setor lança mão de estratégias que se aproveitam do ocaso da regulação. Uma delas é instruir o usuário a se associar ficticiamente a uma entidade de caráter coletivo.

A falta de regulação no âmbito dos planos coletivos tem permitido, por exemplo, a existência de cláusulas que autorizam a rescisão do contrato de forma unilateral e imotivada. O procedimento não parece ilegal, mas constitui uma fraude evidente às normas de direito de consumidor e às regras éticas de mercado.

Segundo dados da ANS, dos 50,6 milhões de beneficiários de planos e seguros-saúde em vigor no Brasil, menos de 20%, ou cerca de dez milhões, estão em contratos individuais.

Merece destaque o fato de que a ANS autoriza, em média, aumento anual de 9% nos planos individuais, enquanto as mensalidades dos coletivos por adesão ou empresariais sofrem reajustes médios de 15% a 20%.

Diante desse quadro lamentável e de absoluta impotência do consumidor, estou disposto a patrocinar iniciativa legislativa que tenha por objetivo corrigir essa distorção.

Penso, contudo, que essa matéria não deve ficar restrita à discussão pontual de um único problema. A distorção aqui narrada é apenas a ponta de um “iceberg” que remete à necessidade de reabrirmos as discussões sobre o modelo de saúde suplementar que queremos.

Advogo que não devemos inaugurar um debate maniqueísta em que são confrontados, de maneira rasa, interesses de consumidores e de empresários do setor. É sabido que o sistema de saúde suplementar deve enfrentar uma forte crise a qualquer instante, trazendo transtornos e prejuízos para todos os envolvidos.

Proponho, então, a edição de legislação nova que aponte diretrizes para os reajustes tarifários e estimule coexistência de planos de saúde individuais e coletivos. O propósito do projeto de lei é, sobretudo, inaugurar uma discussão ampla em vista dos novos problemas e da nova realidade do setor, uma vez que a ANS parece ter perdido a capacidade de ser protagonista desse debate.

Para tanto, sugerimos que a proposição a ser elaborada não se destine a alterar simbólica e pontualmente a Lei nº 9.961/2000, que cria Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sugerimos a estruturação de lei à parte, a qual venha estabelecer diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

Para tanto, conto com o apoio fundamental dos nobres pares.

Sala das Sessões, 08 de julho de 2015.

Deputado **RODRIGO GARCIA**
DEM/SP

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 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar ¿ ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.
Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.
Art. 2º. Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.
Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.344, DE 2015

(Do Sr. Odorico Monteiro)

Inclui o artigo 18-A na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1º – Inclui-se o Artigo 18-A na Lei 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS, mais especificamente na questão da competência dos Municípios, incluindo-se o seguinte texto:

Artigo 18-A – Ficam obrigados todos os Hospitais Públicos, bem como aqueles que possuam contratos e convênios para o atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, a comunicar, no caso dos procedimento eletivos, em até 48 horas, e nos casos de urgência ou emergência nas primeiras 12 horas, às operadoras de planos de saúde, acerca de qualquer agendamento ou a realização de procedimento eletivo ou emergencial na rede pública de saúde.

Paragrafo Primeiro: A referida comunicação poderá ser por meio eletrônico ou através do *call center* das operadoras, através do cadastramento das empresas interessadas em participar deste programa, devendo ser gerado documento (protocolo) que permita a comprovação da comunicação da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Paragrafo Segundo: Ficará a cargo das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, o contato com o paciente visando a transferência do mesmo para sua rede própria ou credenciada de serviço, respeitando os limites contratuais e existentes entre beneficiário e a Operadora de Plano de Saúde.

Paragrafo Terceiro: Nos casos de agendamento de procedimento eletivos, a Operadora de Saúde será responsável por comunicar a Instituição de Saúde Pública, sobre a transferência do paciente para a sua rede, também por meio eletrônico ou por chamadas de *call Center*.

Paragrafo Quarto: Caso a Operadora após a ciência da notificação quanto a existência de um paciente que está sendo ou será atendido na rede pública, venha a proceder à retirada ou realocação do beneficiário, não serão devidos quaisquer valores a título de ressarcimento ao SUS, sendo certo que se a Operadora nada fizer para promover a realocação deste paciente respeitando os limites contratuais, ficará obrigada a ressarcir o SUS.

Paragrafo Quinto: O ressarcimento ao SUS não será devido, naqueles casos onde por vontade expressa do paciente, familiares ou responsáveis, este, devidamente notificado dentro do prazo acima estabelecido pela operadora, optar por continuar na rede pública de saúde.

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei tem como intuito primordial a redução dos gastos da máquina de

saúde pública, isto porque, atualmente há um duplo gasto. O artigo 32 da Lei 9.659 de 1998, prevê a colaboração do ressarcimento ao SUS, que nada mais é do que o SUS cobrar da Operadoras de Plano Privados de Saúde, todos os valores gastos com procedimentos realizados em pacientes que possuem um seguro privado.

Atualmente, tais valores correspondem segundo dados da Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cerca de um bilhão de reais, contudo a máquina pública não dispõe do contingente de pessoas, bem como de aparato tecnológico que consiga tornar efetiva tais cobranças.

Assim sendo, o presente projeto de Lei visa reduzir o gasto tanto na realização de procedimentos, como quanto aos gastos existentes para efetivar a cobrança destes valores. O presente Projeto de Lei cria uma obrigação de comunicação das operadoras de planos de saúde para os hospitais públicos, de forma que estas empresas possam retirar estes pacientes dos hospitais, e, até mesmo, para evitar a realização do procedimento eletivo que poderia ocorrer na rede privada.

Sendo a operadora notificada do agendamento ou da realização de algum tipo de procedimento em algum de seus pacientes, esta poderá entrar em contato com o mesmo, buscando oferecer-lhe uma opção dentro de sua rede controlada, evitando assim, tanto a realização do procedimento na rede pública, como o gasto que haveria para a efetivação da cobrança de tais valores no pós-atendimento ao paciente.

Há dados que mostram que 60% (sessenta por cento) dos atendimentos realizados em pessoas que possuem planos de saúde na rede pública são eletivos, e, representam os procedimentos mais custosos à máquina pública, sem falar no fato que haveria a criação de novas vagas para atendimento daqueles que não possuem planos privados de saúde.

Assim, o presente Projeto de Lei é de suma importância para o Brasil, uma vez que este visa reduzir gastos, e o mesmo tempo criar maior acessibilidade da população a um dos serviços mais essenciais que temos no Brasil, o direito à saúde.

14 de julho de 2015

DEPUTADO ODORICO MONTEIRO
PT-CE

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 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

.....

Seção II
Da Competência

.....

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:
I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
IV - executar serviços:
a) de vigilância epidemiológica;
b) vigilância sanitária;
c) de alimentação e nutrição;
d) de saneamento básico; e
e) de saúde do trabalhador;
V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

.....

.....

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.504, DE 2015

(Da Comissão Especial destinada a analisar e apresentar propostas com relação à partilha de recursos públicos e respectivas obrigações da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (Pacto Federativo))

Permite que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios sejam ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de atendimento dos respectivos segurados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei permite que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possam ser também ressarcidos pelas instituições operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de atendimento dos respectivos segurados em suas unidades de saúde.

Art. 2º O ressarcimentos efetuados pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, a que se refere o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, serão repartidos em conformidade com o seguinte:

I – 20% (vinte por cento) dos recursos serão retidos pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS, integrando o orçamento do referido fundo para aplicação em sua programação orçamentária anual;

II – 80% (oitenta por cento) dos recursos serão repassados integralmente à unidade pública de saúde responsável pelo atendimento dos segurados das instituições operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, integrante da administração direta ou indireta da União, do Estado, do Distrito Federal ou do Município, inclusive quando o atendimento for realizado por hospital universitário público.

Art. 3º Os recursos recebidos na forma do estabelecido no art. 2º serão aplicados, necessariamente, em ações e serviços públicos de saúde.

§ 1º Os Tribunais de Contas competentes fiscalizarão o disposto neste artigo, considerando o seu cumprimento para a elaboração do parecer prévio sobre as contas do respectivo governo estadual ou municipal.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 2016.

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição atende a uma reivindicação antiga dos Governadores e Prefeitos que querem também participar do ressarcimento de despesas realizadas pelas respectivas unidades de saúde nos casos de atendimento dos segurados de instituições operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Atualmente estes recursos são transferidos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde.

Estamos propondo que 80% dos recursos sejam repassados pelo FNS ao ente federado responsável pelas unidades de saúde que realizaram o atendimento dos segurados de instituições operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Contamos com o apoio dos nobres Parlamentares a este justo pleito dos Governadores e Prefeitos.

Sala das Sessões, em 15 de Julho de 2015.

Deputado DANILO FORTE (PMDB/CE)
Presidente

Deputado André Moura (PSC/SE)
Relator

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior,

sem ônus adicional.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.582, DE 2015

(Do Sr. Ronaldo Carletto)

Altera a Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 18 da lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, passa a vigorar acrescido do seguinte item IV:

“Art. 18 .....

.....

IV – concordância com as condições remuneratórias estabelecidas no contrato, vedada a cobrança direta de valores ao usuário, a título de complemento, para serviços cobertos pelo plano.” (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Código de Ética Médica considera essencial a lisura das relações entre médico e paciente, em especial em situações de remuneração pelos serviços prestados. Ele proíbe “cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários”.

No entanto, vemos que a prática aponta que ocorre com frequência a cobrança de valores “por fora” de usuários de planos de saúde. Isso tem sido comumente relatado, em especial em relação a partos. Assim, constata-se que a previsão legal de impedir esse comportamento é necessária.

Um dos temas polêmicos nessa seara é a retribuição pela disponibilidade do profissional para realizar partos normais. No entanto, estamos convictos de que a questão, como qualquer outra, deve ser solucionada pela operadora. Não se admite cobrança direta de complementos para ações cobertas pelo contrato. Essa conduta deve ser claramente proibida e, caso ocorra, ser denunciada e punida.

Assim, propomos explicitar a vedação no texto da lei que trata de planos e seguros privados de assistência à saúde. Pedimos o apoio dos ilustres Pares para que essa

cláusula seja adotada no bojo da legislação em vigor com brevidade, em benefício dos profissionais e usuários de planos de saúde.

Sala das Sessões, em 11 de agosto de 2015.

Deputado RONALDO CARLETTO

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *(“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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e "e-mail"; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo*

acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.608, DE 2015

(Do Sr. Luiz Carlos Ramos)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-176/2015.

O Congresso Nacional decreta:

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

“Art. 16-A - As operadoras de planos de assistência à saúde ficam obrigadas a conceder aos consumidores titulares de plano individual ou familiar, no ato da

renovação automática anual do contrato, a partir da primeira renovação, um bônus progressivo, até o limite especificado, quando o consumidor e ou seus dependentes, não utilizarem durante a vigência anual da cobertura prevista médico-hospitalar do Plano-Referência contratado, de acordo com a seguinte progressão:

I – Classe um: 1ª Renovação, 5% de desconto;

II – Classe dois: 2ª Renovação, 10% de desconto;

III - Classe três: 3ª Renovação, 15% de desconto;

IV - Classe quatro: 4ª Renovação, 20% de desconto;

V - Classe cinco: 5ª Renovação, 25% de desconto.

Parágrafo 1º. Se durante a vigência do contrato anual, o segurado utilizar a cobertura assistencial médico-hospitalar do plano-referência à saúde contratado, ocorrerá uma redução na sua classificação, retornando para a classe inferior na tabela de bônus a que se encontra, dentro dos limites estabelecidos nos incisos de I a V deste artigo.

Parágrafo 2º. Nos casos de portabilidade de contratos, as operadoras de plano de assistência à saúde são obrigadas a aceitar as transferências de bônus de suas congêneres, desde que seja devidamente apresentada a cópia da apólice com o histórico do segurado."

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

JUSTIFICAÇÃO

Há dezessete anos, o Congresso Nacional oferecia ao País a regulamentação do setor de planos de saúde. Até então, vigorava nesse mercado verdadeira lei da selva, em que a parte fraca — o consumidor — era submetido a todo tipo de desrespeito e abusos.

Desde então, o setor passou a ser regulado por uma agência setorial, a legislação foi aperfeiçoada e houve um balizamento do mercado suplementar em saúde, de forma a permitir a expansão do setor e maior segurança jurídica para consumidores, prestadores e operadores de planos de saúde.

Evidentemente, toda legislação é passível de aperfeiçoamento. A cada momento histórico torna-se necessário que os representantes do povo façam a leitura das demandas da sociedade e proponham, debatam e introduzam novos dispositivos legais de forma a permitir o gozo dos direitos e a expansão das atividades em todos os setores da vida nacional.

Assim é que por meio de consultas e auscultas à população, aos prestadores de serviços e aos operadores de planos de saúde vislumbramos a necessidade que o mercado contasse com fator moderador do uso dos contratos, a exemplo do que ocorre há décadas com o mercado de seguro automotivos.

No setor de planos de saúde, o consumidor paga o mesmo se utiliza intensivamente o contratado ou não. Demais, as operadoras, ao calcularem o risco, dividem o que calculam igualmente entre os que fazem uso abusivo dos seus planos e aqueles que o utilizam conscientemente.

Desse modo, propomos uma tabela de descontos progressivos que incidiriam sobre os contratos daqueles que se abstivessem de utilizá-lo ao longo da vigência anual. Em linhas gerais, renovar o contrato significa subir uma classe na tabela de bônus, e quando da necessidade de utilizar a cobertura assistencial hospitalar significa descer.

Cremos que a adoção dessa medida representará um desestímulo para a utilização inconsequente e desnecessária de serviços médico-hospitalares e permitirá considerável economia aos que utilizam de forma sensata.

Ante o exposto, e certo da relevância e alcance social da proposição, esperamos contar com o apoio dos ilustres Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 12 de agosto de 2015.

Deputado **LUIZ CARLOS RAMOS**
Relator

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)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 2.949, DE 2015

(Do Sr. Domingos Sávio)

Acrescenta art. 15-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4570/2001.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 15-A:

“Art. 15-A. Os reajustes nos planos de saúde contratados com os segurados aposentados em geral pela Previdência Social não poderão ultrapassar o mesmo percentual de aumento que lhes tenha sido assegurados no mesmo período de vigência pela Previdência Social.

§ 1º. O valor relativo à diferença entre o limite estabelecido no artigo 15-A e o valor máximo de reajuste autorizado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, para o respectivo plano de saúde, constituirão crédito pecuniário em favor da operadora contratada junto ao governo federal, que poderá ser utilizado para pagamento de tributos, taxas e contribuições federais.

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

JUSTIFICAÇÃO

Os aposentados no Brasil são vítimas de regras absurdamente injustas que perduram há décadas, e a cada ano as aposentadorias vem sendo reduzidas perdendo o seu valor de compra. Isto ocorre devido aos efeitos perversos do fator previdenciário, somados a reajustes anuais abaixo da inflação do período. Além disso, os planos de saúde em sua maioria passam a adotar percentuais de reajustes bem superiores a correção das aposentadorias, transformando a vida destes cidadãos que tanto contribuíram, e ainda contribuem para nosso País em verdadeiro pesadelo.

Muitos chegam ao desespero quando não tendo como pagar, perdem a cobertura de planos que com sacrifício pagaram por décadas, isto ocorre justamente na fase de suas vidas que mais precisam, dado aos riscos de incidência mais frequente de enfermidades com o avanço da idade.

Portanto, o mínimo que devemos assegurar-lhes é que o reajuste dos planos de saúde não ultrapassem o respectivo reajuste da aposentadoria.

Por outro lado não é justo transferir aos demais usuários este custo e onerar as prestadoras de serviços suplementares de saúde com a diferença entre valor cobrado no limite máximo do reajuste da aposentadoria e valor real do reajuste devidamente comprovado e autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Por esta razão, entendemos que este “custo social” deve ser suportado pelo próprio governo, que também é o responsável por limitar o reajuste das aposentadorias dos percentuais reais de inflação.

Ante o exposto, e certo da relevância e alcance social da proposição, esperamos contar com o apoio dos ilustres Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 9 de setembro de 2015.

Deputado DOMINGOS SÁVIO
(PSDB-MG)

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. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.223, DE 2015

(Do Sr. Lucas Vergilio)

Regulamenta a atividade e a profissão de Corretor de Planos Privados de Saúde Suplementar.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Todas as atividades de corretor de planos privados de saúde suplementar, realizadas no País, ficam subordinadas às disposições desta Lei.

Art. 2º O corretor de planos privados de saúde, pessoa natural ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de planos privados de assistência à saúde entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I – corretor de planos privados de saúde ou corretor – a pessoa natural;

II – corretora de planos privados de saúde ou corretora – a pessoa jurídica.

Art. 3º O órgão regulador do mercado de saúde suplementar fica autorizado a expedir o registro e a competente identidade profissional (pessoa natural), e Autorização Para Funcionamento (pessoa jurídica) para o corretor ou corretora de planos privados de saúde, respectivamente.

§ 1º O exercício da profissão de corretor de planos privados de saúde de que trata o *caput* deste artigo, depende de prévia obtenção de certificado de habilitação técnico-profissional, em curso presencial ou à distância (EAD), na Fundação Escola Nacional de Seguros – FUNENSEG, ou em outros estabelecimentos de ensino autorizados.

§ 2º A FUNENSEG, para os fins previstos no § 1º, deste artigo, estabelecerá a grade curricular, conteúdos programáticos e horários para os cursos presenciais e à distância (EAD), assim como para a certificação de prepostos.

3º A FUNENSEG e outros estabelecimentos de ensino autorizados deverão colocar à disposição do órgão regulador do mercado de saúde suplementar, no prazo máximo de até dez dias úteis, após a conclusão dos cursos, presenciais e à distância (EAD), a relação dos habilitados, contendo os nomes completos e Cadastro de Pessoas Físicas - CPF, além de outros dados que se fizerem necessários.

Art. 4º O corretor ou a corretora, requerente da identidade profissional ou da autorização para funcionamento, respectivamente, devem proceder junto ao órgão regulador do mercado de saúde suplementar, a entrega da documentação pertinente, na forma estabelecida nesta Lei, informando seus dados pessoais e cadastrais, em formulário específico, atendendo a todos os requisitos formais e legais.

Art. 5º O requerimento de que trata o artigo anterior deve ser instruído com cópia autenticada dos seguintes documentos comprobatórios:

I - carteira de identidade, que goze de fé pública;

II – comprovante de inscrição no CPF;

III - título de eleitor se for de nacionalidade brasileira;

IV - comprovante de quitação com o serviço militar, quando se tratar de brasileiro com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;

V - declarações que atestem não haver sido condenado por crimes a que se referem as seções II, III e IV do capítulo VI do título I; os capítulos I, II, III, IV, V, VI e VII do título II; o capítulo V do título VI; os capítulos I, II e III do título VIII; os capítulos I, II, III e IV do título X e o capítulo I do título XI, parte especial do Código Penal;

VI – certificado de habilitação técnico-profissional, que comprove a aprovação em cursos de habilitação de corretor de planos privados de saúde suplementar, emitido pela FUNENSEG ou por outro estabelecimento de ensino autorizado.

Art. 6º O órgão regulador do mercado de saúde suplementar estabelecerá os documentos necessários, caso o requerente de que trata o art. 4º, seja corretora.

Parágrafo único. O administrador-técnico não poderá ser responsável por mais de uma corretora.

Art. 7º São também requisitos necessários à expedição de registro e de identidade profissional de corretor:

I – ser brasileiro, ou estrangeiro com residência permanente no país;

II – comprovar não ser falido, mediante declaração;

III – comprovar a quitação da contribuição sindical;

IV – comprovar a inscrição no cadastro de contribuintes do Imposto Sobre Serviços - ISS como corretor de planos privados de saúde suplementar, se a legislação municipal assim o exigir;

V- declarar o não exercício de cargo ou de emprego em pessoa jurídica de direito público; cargo de diretoria em operadora de planos privados de assistência à saúde ou em sociedade seguradora especializada em saúde.

§ 1º É obrigatório também a todos os sócios, administradores e diretores da corretora, o cumprimento do disposto no inciso V deste artigo.

§ 2º O administrador-técnico fica dispensado da apresentação individual do documento referido no inciso III deste artigo, desde que seja comprovado estar a corretora inscrita para pagamento do ISS, nos termos da legislação municipal.

§ 3º Qualquer declaração inverídica, lançada no documento a que se refere o inciso V deste artigo, sujeita o requerente às sanções administrativas, cíveis e penais cabíveis.

Art. 8º É obrigatório constar uma das expressões: "Corretora de Planos Privados de Saúde Suplementar" ou "Corretagem de Planos Privados de Saúde Suplementar", mesmo que intercaladas por outra(s) atividade(s), na denominação social e no nome fantasia da corretora.

Art. 9º Não é admitido, no território nacional, o registro de corretora com nome idêntico ou semelhante a outra já existente ou que inclua ou reproduza em sua composição siglas ou denominações de órgãos públicos, da administração direta ou indireta, de organismos internacionais e quaisquer outros assemelhados aos utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e seguradoras especializadas em saúde.

Parágrafo único. Para fins do disposto no *caput* deste artigo, devem ser observados os critérios de homonímia adotados pelo órgão competente que trata de registro do comércio.

Art. 10. O corretor pode requerer, a qualquer tempo, a suspensão do registro da corretora, pela qual é o administrador-técnico.

Parágrafo único. Em nenhuma hipótese, a corretora poderá operar sem a administração de corretor devidamente habilitado e registrado no órgão regulador do mercado de saúde suplementar e, no caso de afastamento do corretor, por qualquer motivo, este deve ser substituído dentro do prazo máximo de trinta dias.

Art. 11. É requisito fundamental, para a regularidade do registro, que a corretora, mantenha atualizada as informações cadastrais perante o órgão regulador do mercado de saúde suplementar, procedendo a entrega de todas as alterações contratuais ou estatutárias, devidamente arquivadas no Registro Público de Empresas Mercantis e Atividades Afins da Unidade da Federação de sua sede ou no Registro Civil de Pessoas Jurídicas da sua cidade, no prazo de até sessenta dias, contados da data da alteração.

Parágrafo único. O corretor deve comunicar ao órgão regulador do mercado de saúde suplementar, quaisquer alterações dos dados cadastrais, no prazo máximo de trinta dias, contados da data de sua ocorrência.

Art. 12. É permitido ao corretor ou à corretora nomear prepostos de sua livre escolha e repassar parte da comissão de corretagem a que tem direito.

§ 1º. O preposto de corretor ou de corretora deverá ser certificado pela Fundação Escola Nacional de Seguros – FUNENSEG, ou outros estabelecimentos de ensino autorizados.

§ 2º As condicionantes e documentos para o registro de prepostos serão estabelecidos pelo órgão regulador do mercado de saúde suplementar.

Art. 13. O corretor ou a corretora, com receita superior ao que for estabelecido pelo órgão regulador do mercado de saúde suplementar, deverá escriturar em registro obrigatório, em ordem numérica e cronológica, as propostas que por seu intermédio forem encaminhadas às operadoras, admitindo-se registros obrigatórios distintos para cada tipo de plano de saúde.

Art. 14. A corretora que empregue sistema eletrônico de processamento de dados fica autorizada a escriturar, mediante relatório fornecido pelo sistema em páginas numeradas sequencialmente, o movimento da sede e das filiais, sucursais, agências ou representantes.

Art. 15. Os pedidos de alteração de contratos de planos privados de saúde suplementar, feitos com a interveniência do corretor ou da corretora, devem ser igualmente registrados, em ordem numérica das respectivas propostas, ao final do registro mensal, sob o título: "Pedidos de Alteração".

Art. 16. As propostas encaminhadas às operadoras devem ser numeradas sequencialmente, pelo próprio corretor ou corretora, devendo ser mantidas em arquivo na mesma ordem sequencial, pelo prazo de cinco anos.

Parágrafo único. As propostas devem ser emitidas com o mínimo de três vias, destinando a primeira à operadora, a segunda ao corretor ou corretora e a terceira ao proponente.

Art. 17. As vias das propostas destinadas à operadora e ao corretor ou à corretora, bem como a dos pedidos de alteração, devem conter necessariamente dados de protocolo que caracterizem o recebimento pela operadora.

Parágrafo único. No caso de recusa da proposta ou do pedido de alteração por parte da operadora, o documento comprobatório deve ser anexado à cópia da proposta.

Art. 18. Os registros obrigatórios ou arquivos das propostas devem estar à disposição da fiscalização pelo órgão regulador do mercado de saúde suplementar, na sede da corretora.

Art. 19. As operadoras devem fornecer cópia dos contratos e dos documentos dela integrantes ao corretor ou à corretora que, na qualidade de intermediários, manifestem interesse em obtê-los.

Art. 20. As comissões de corretagem só podem ser pagas ao corretor ou à corretora devidamente habilitados e registrados, que houverem assinado as propostas, sendo estas, na forma escrita ou digital.

Art. 21. No caso de cancelamento ou de devolução do valor pago pelo proponente, deve o corretor ou a corretora restituir a comissão de corretagem à operadora, proporcionalmente ao valor devolvido ou não recebido pela operadora.

Art. 22. A angariação de contratos de planos privados de saúde suplementar através de agências, filiais ou sucursais de corretora somente poderá ser atribuída a corretor habilitado e registrado, ou a preposto, devidamente inscrito no órgão regulador da saúde suplementar, mediante mandato com poderes expressos.

Art. 23. É vedado ao corretor de planos privados de saúde suplementar e ao seu preposto:

I - aceitarem ou exercerem emprego em pessoa jurídica de direito público; e

II - manterem relação de emprego, direção ou representação com operadora de planos privados de assistência à saúde ou seguradora especializada em saúde.

Parágrafo único. Os impedimentos deste artigo aplicam-se, também, aos sócios e administradores da corretora.

Art. 24. O corretor ou a corretora respondem civilmente perante os seus clientes e as operadoras pelos prejuízos que causarem, por culpa ou dolo, no exercício da profissão ou atividade.

Art. 25. Cabe responsabilidade profissional perante ao órgão regulador do mercado de saúde suplementar, ao corretor e seus prepostos, que deixarem de cumprir as leis, regulamentos e resoluções em vigor, ou que der causa culposa ou dolosa e prejuízos às operadoras ou aos seus clientes.

Art. 26. O corretor e a corretora, e seus prepostos, estarão sujeitos às seguintes sanções administrativas, a serem aplicadas pelo órgão regulador do mercado de saúde suplementar:

advertência;

multa, na forma do art. 35-D, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

suspensão temporária de trinta a cento e oitenta dias;

cancelamento de registro.

Art. 27. Somente poderão ser habilitados, novamente, como corretor ou corretora, ou preposto, aqueles cujos registros ou as autorizações para funcionar houverem sido cancelados, nos termos desta Lei, após cinco anos contados do trânsito em julgado da respectiva decisão administrativa.

Art. 28. O micro empreendedor individual (MEI) poderá intermediar contratos de planos privados de saúde suplementar, se sujeitando a todas as disposições desta Lei.

Art. 29. O corretor de seguros, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP poderá intermediar, também, contratos de seguro-saúde e de planos privados de saúde suplementar, se sujeitando, no entanto, no que couber, às normas estabelecidas pelo órgão regulador do mercado de saúde suplementar, e ao regime repressivo estabelecido pelo órgão regulador de seguros, cabendo recurso das decisões proferidas.

Art. 30. Os serviços de cadastramento e de recadastramento periódico de corretores de planos privados de saúde suplementar, além de outros a eles relacionados, poderão ser realizados por entidades autorreguladoras do mercado de corretagem de seguros privados, na condição de “órgãos auxiliares”, desde que haja previsão neste sentido em seus respectivos estatutos sociais, e celebração de convênio específico para este fim, e sem quaisquer ônus financeiros para o órgão regulador do mercado de saúde suplementar.

Parágrafo único. Os serviços previstos no *caput* deste artigo poderão ser estendidos à área de fiscalização, cabendo o órgão regulador do mercado de saúde suplementar e, sob sua supervisão, determinar quais os procedimentos operacionais a serem executados pelas entidades autorreguladoras, inclusive os de atendimento a denúncias formuladas por consumidores sobre a atuação de corretores de planos privados de saúde suplementar e de corretores de seguros.

Art. 31. Fica o órgão regulador do mercado de saúde suplementar autorizado a baixar normas complementares que se fizerem necessárias à execução da presente Lei.

Art. 32. Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO.

A atividade de corretagem é usual nas práticas comerciais de todas as atividades econômicas, não sendo estranha às operações dos planos e seguros de saúde, desde os seus primórdios. Aliás, pode-se afirmar que graças a ela o setor de saúde suplementar experimentou um crescimento significativo, especialmente nos anos em que a economia apresentou piques de crescimento no PIB.

Na legislação brasileira encontramos a atividade da corretagem especificamente regulamentada no vetusto Código Comercial de 1850, artigos 35 a 67, na Lei nº 4.594, de 29.12.1964, que regula a profissão de corretor de seguros e no novo Código Civil, que entrou em vigor em 11 de janeiro de 2003, nos artigos 722 a 729.

A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que regulamenta a atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde, não faz qualquer menção, em nenhum dos seus artigos, à atuação dos corretores – pessoas físicas e jurídicas, que realizam a angariação ou intermediação de negócios relacionados com os planos privados de assistência à saúde, o que é surpreendente, pois a venda ou a intermediação de planos de saúde, além de reunir milhares de pessoas em todo o País, representa uma etapa decisiva e crucial no processo de incorporação de usuários no Sistema de Saúde Suplementar.

O corretor de planos privados de saúde pode ter atuação vinculada a uma única operadora ou ser um intermediador para várias delas, pode

atuar exclusivamente com a intermediação de planos individuais ou ser um especialista em planos coletivos empresariais. Também pode apresentar-se como pessoa física ou jurídica.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde, por sua vez, no decorrer do processo de regulamentação promovido pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução RDC nº 39, de 30/10/2000, foram segmentadas e classificadas nas seguintes categorias:

Administradoras de planos.

Autogestão patrocinada.

Autogestão não patrocinada.

Cooperativas Médicas.

Medicina de Grupo.

Seguradoras especializadas em saúde.

Com exceção das três primeiras categorias, todas as demais utilizam o trabalho do corretor para aumentar a quantidade de usuários (associados, beneficiários, segurados ou outra denominação) dos planos registrados na ANS.

O corretor é peça fundamental para o desenvolvimento das atividades da operadora, quando esta busca a ampliação da sua participação no mercado e a angariação de novos associados, seja de planos individuais ou coletivos. Seu papel é também relevante na manutenção do equilíbrio etário da carteira, angariando associados, preferencialmente de faixas etárias inferiores a 40 anos, resultando em melhor controle sobre o índice de sinistralidade.

A atividade de corretagem de seguros de saúde está sujeita à regulamentação da Lei nº 4.594, de 29.12.1964, aplicável, porém, unicamente às seguradoras especializadas em saúde.

Dentro da atividade de planos privados de assistência à saúde, parcela significativa de corretores é constituída por *corretores livres*, isto é, pessoas físicas que não estão habilitadas legalmente para o exercício dessa atividade, mas que a exercem livremente, por não existir marco regulatório neste sentido.

Simultaneamente, temos inúmeras empresas, em sua grande maioria sociedades simples ou empresárias, atuando como corretoras, realizando a intermediação de planos privados de assistência à saúde para uma ou diversas operadoras, respaldadas ou não com contratos de prestação de serviços.

Há de se registrar que em toda legislação regulamentadora dos denominados "*corretores oficiais",* é tônica comum:

a existência de um órgão público que cuida do registro e da concessão de outorga ou permissão para atuar na respectiva atividade econômica;

a exigência de diversos pré-requisitos para a efetivação da inscrição;

a submissão à fiscalização e sujeição a penalidades, em caso de descumprimento de normas legais. Em alguns casos, exige-se a prestação de fiança ou outro tipo de garantia, como um seguro de responsabilidade civil profissional.

As práticas comerciais das operadoras de planos privados de saúde se enquadram nas disposições do Código de Defesa do Consumidor - CDC, em particular, nos artigos 29 a 44 e 46 a 54.

Os artigos 29 a 44 tratam especificamente das práticas comerciais, cabendo destaque para o artigo 34, que estabelece:

"Art. 34 – O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos."

O art. 39 trata das práticas abusivas vedadas às operadoras, como fornecedores que são de produtos e serviços, com destaque para o inciso VIII:

"VIII – colocar no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas por órgãos oficiais competentes ou, se as normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – CONMETRO."

Já os artigos 46 a 54 cuidam da proteção contratual, capítulo que contém dois importantes conjuntos de disposições do CDC, consubstanciados no artigo 51 – que trata das práticas abusivas e no artigo 54 que define e estipulam regras para os contratos de adesão, forma usual utilizada pelas operadoras para a comercialização dos planos individuais e coletivos sem patrocínio, estes últimos também chamados de grupos abertos.

Uma simples visão jurídica sobre o Código de Defesa do Consumidor nos alerta para a importância do controle da atuação do corretor na comercialização dos planos privados individuais e coletivos de assistência à saúde, não só pelas implicações pecuniárias representadas por eventuais multas que poderão ser imputadas à operadora, mas, sobretudo pelos danos à imagem e sua credibilidade.

A atuação e profissão de corretores de planos privados de saúde deve ser objeto de regulamentação, como marco regulatório, por iniciativa e proposta de projeto de lei, para que o consumidor seja adequada e regularmente protegido por um plano privado de saúde suplementar.

O art. 30, deste PL, reserva, também, a possibilidade da concessão de registro e de recadastramento periódico serem executados, mediante convênio, entre o órgão regulador do mercado de saúde suplementar e entidades autorreguladoras do mercado de corretagem de seguros privados, como "órgãos auxiliares", o que se economizaria esforço administrativo, custos financeiros para órgão regulador do mercado de saúde suplementar, capilaridade e proficiência técnica no atendimento, aos consumidores, pelos corretores de planos privados de saúde

suplementar. .

E, no parágrafo único do art. 30, a possibilidade de tais serviços serem estendidos à área de fiscalização de corretor e corretora de planos privados de saúde e de corretores de seguros, sob sua supervisão, e mediante procedimentos a serem estabelecidos pelo órgão regulador de seguros.

Nesse convênio seriam estabelecidas, adequadamente, todas as condições necessárias de segurança e de confiabilidade para o sistema informatizado de atendimento e de fiscalização aos corretores de planos privados de saúde suplementar e de comunicação *on line* com o órgão regulador do mercado de saúde suplementar.

Urge, portanto, que o Congresso Nacional regulamente esse mercado de corretagem de planos privados de saúde suplementar, que cresce a cada dia, de forma livre, porém, desordenada, sem o controle do Estado, e com consumidores desassistidos na questão da proteção de seus direitos e necessidades.

Diante do exposto, solicito o apoio dos meus nobres pares, para aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 06 de outubro de 2015.

Deputado Lucas Vergílio

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

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940

Código Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte lei:

CÓDIGO PENAL

.....

PARTE ESPECIAL

(Canceladas na Parte Especial quaisquer referências a valores de multas, substituindo-se a expressão "multa de" por "multa" de acordo com o art. 2º da Lei nº 7.209, de 11/7/1984)

TÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A PESSOA

CAPÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A VIDA

Homicídio simples

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

Caso de diminuição de pena

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Homicídio qualificado

§ 2º Se o homicídio é cometido:
I - mediante paga ou promessa de recompensa, ou por outro motivo torpe;
II - por motivo fútil;
III - com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum;
IV - à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido;
V - para assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime;
Feminicídio
VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.104, de 9/3/2015)*
VII - contra autoridade ou agente descrito nos arts. 142 e 144 da Constituição Federal, integrantes do sistema prisional e da Força Nacional de Segurança Pública, no exercício da função ou em decorrência dela, ou contra seu cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo até terceiro grau, em razão dessa condição: *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.142, de 6/7/2015)*
Pena - reclusão, de doze a trinta anos.
§ 2º-A Considera-se que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve:
I - violência doméstica e familiar;
II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.104, de 9/3/2015)*
Homicídio culposo
§ 3º Se o homicídio é culposo:
Pena - detenção, de um a três anos.
Aumento de pena
§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*
§ 5º Na hipótese de homicídio culposo, o juiz poderá deixar de aplicar a pena, se as conseqüências da infração atingiram o próprio agente de forma tão grave que a sanção penal se torne desnecessária. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 6.416, de 24/5/1977)*
§ 6º A pena é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado por milícia privada, sob o pretexto de prestação de serviço de segurança, ou por grupo de extermínio. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.720, de 27/9/2012)*
§ 7º A pena do feminicídio é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado:
I - durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto;
II - contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência;
III - na presença de descendente ou de ascendente da vítima. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.104, de 9/3/2015)*
Induzimento, instigação ou auxílio a suicídio
Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça:
Pena - reclusão, de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave.
Parágrafo único. A pena é duplicada:
Aumento de pena
I - se o crime é praticado por motivo egoístico;
II - se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência.
Infanticídio
Art. 123. Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após:
Pena - detenção, de dois a seis anos.
Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento
Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: *(Vide ADPF nº 54/2004)*
Pena - detenção, de um a três anos.
Aborto provocado por terceiro
Art. 125. Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:
Pena - reclusão, de três a dez anos.
Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante: *(Vide ADPF nº 54/2004)*
Pena - reclusão, de um a quatro anos.
Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada
Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em conseqüência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevem a morte.
Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:
Aborto necessário
I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; *(Vide ADPF nº 54/2004)*
Aborto no caso de gravidez resultante de estupro
II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. *(Vide ADPF nº 54/2004)*

CAPÍTULO II
DAS LESÕES CORPORAIS

Lesão corporal
Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano.
Lesão corporal de natureza grave
§ 1º Se resulta:
I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;
II - perigo de vida;
III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;
IV - aceleração de parto:
Pena - reclusão, de um a cinco anos.
§ 2º Se resulta:
I - Incapacidade permanente para o trabalho;
II - enfermidade incurável;
III- perda ou inutilização de membro, sentido ou função; *(Retificado no DOU de 3/1/1941)*
IV - deformidade permanente;
V - aborto:
Pena - reclusão, de dois a oito anos.
Lesão corporal seguida de morte
§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:
Pena - reclusão, de quatro a doze anos.
Diminuição de pena
§ 4º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.
Substituição da pena
§ 5º O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa:
I - se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;
II - se as lesões são recíprocas.
Lesão corporal culposa
§ 6º Se a lesão é culposa:
Pena - detenção, de dois meses a um ano.
Aumento de pena
§ 7º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se ocorrer qualquer das hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121 deste Código. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.720, de 27/9/2012)*
§ 8º Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 6.416, de 24/5/1977 e com nova redação dada pela Lei nº 8.069, de 13/7/1990)*
Violência doméstica
§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 10.886, de 17/7/2004 e com nova redação dada pela Lei nº 11.340, de 7/8/2006)*
§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço). *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 10.886, de 17/7/2004)*

§ 11. Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.340, de 7/8/2006)*
§ 12. Se a lesão for praticada contra autoridade ou agente descrito nos arts. 142 e 144 da Constituição Federal, integrantes do sistema prisional e da Força Nacional de Segurança Pública, no exercício da função ou em decorrência dela, ou contra seu cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo até terceiro grau, em razão dessa condição, a pena é aumentada de um a dois terços. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.142, de 6/7/2015)*

CAPÍTULO III
DA PERICLITAÇÃO DA VIDA E DA SAUDE

Perigo de contágio venéreo
Art. 130. Expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.
§ 1º Se é intenção do agente transmitir a moléstia:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
§ 2º Somente se procede mediante representação.
Perigo de contágio de moléstia grave
Art. 131. Praticar, com o fim de transmitir a outrem moléstia grave de que está contaminado, ato capaz de produzir o contágio:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
Perigo para a vida ou saúde de outrem
Art. 132. Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:
Pena - detenção, de três meses a um ano, se o fato não constitui crime mais grave.
Parágrafo único. A pena é aumentada de um sexto a um terço se a exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo decorre do transporte de pessoas para a prestação de serviços em estabelecimentos de qualquer natureza, em desacordo com as normas legais. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 9.777, de 29/12/1998)*
Abandono de incapaz
Art. 133. Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono:
Pena - detenção, de seis meses a três anos.
§ 1º Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave:
Pena - reclusão, de um a cinco anos.
§ 2º Se resulta a morte:
Pena - reclusão, de quatro a doze anos.
Aumento de pena
§ 3º As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço:
I - se o abandono ocorre em lugar ermo;
II - se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima.
III - se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos. *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*
Exposição ou abandono de recém-nascido
Art. 134. Expor ou abandonar recém-nascido, para ocultar desonra própria:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos.
§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:
Pena - detenção, de um a três anos.
§ 2º Se resulta a morte:
Pena - detenção, de dois a seis anos.
Omissão de socorro
Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:
Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.
Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial
Art. 135-A. Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.653, de 28/5/2012)*

Maus tratos

Art. 136. Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina:

Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

§2º Se resulta a morte:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§3º Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de catorze anos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 8.069, de 13/7/1990)*

CAPÍTULO IV
DA RIXA

Rixa

Art. 137. Participar de rixa, salvo para separar os contendores:

Pena - detenção, de quinze dias a dois meses, ou multa.

Parágrafo único. Se ocorre morte ou lesão corporal de natureza grave, aplica-se, pelo fato da participação na rixa, a pena de detenção, de seis meses a dois anos.

CAPÍTULO V
DOS CRIMES CONTRA A HONRA

Calúnia

Art. 138. Caluniar alguém, imputando-lhe falsamente fato definido como crime:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem, sabendo falsa a imputação, a propala ou divulga.

§ 2º É punível a calúnia contra os mortos.

Exceção da verdade

§ 3º Admite-se a prova da verdade, salvo:

I - se, constituindo o fato imputado crime de ação privada, o ofendido não foi condenado por sentença irrecorrível;

II - se o fato é imputado a qualquer das pessoas indicadas no nº I do art. 141;

III - se do crime imputado, embora de ação pública, o ofendido foi absolvido por sentença irrecorrível.

Difamação

Art. 139. Difamar alguém, imputando-lhe fato ofensivo à sua reputação:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.

Exceção da verdade

Parágrafo único. A exceção da verdade somente se admite se o ofendido é funcionário público e a ofensa é relativa ao exercício de suas funções.

Injúria

Art. 140. Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

§ 1º O juiz pode deixar de aplicar a pena:

I - quando o ofendido, de forma reprovável, provocou diretamente a injúria;

II - no caso de retorsão imediata, que consista em outra injúria.

§ 2º Se a injúria consiste em violência ou vias de fato, que, por sua natureza ou pelo meio empregado, se considerem aviltantes:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência.

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

Pena: reclusão de um a três anos e multa. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.459, de 13/5/1997 e com nova redação dada pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*

Disposições comuns

Art. 141. As penas cominadas neste capítulo aumentam-se de um terço, se qualquer dos crimes é cometido:

I - contra o Presidente da República, ou contra chefe de governo estrangeiro;

II - contra funcionário público, em razão de suas funções;

III - na presença de várias pessoas, ou por meio que facilite a divulgação da calúnia, da difamação ou da injúria.

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria. *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*
Parágrafo único. Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa, aplica-se a pena em dobro.
Exclusão do crime
Art. 142. Não constituem injúria ou difamação punível:
I - a ofensa irrogada em juízo na discussão da causa, pela parte ou por seu procurador;
II - a opinião desfavorável da crítica literária, artística ou científica, salvo quando inequívoca a intenção de injuriar ou difamar;
III - o conceito desfavorável emitido por funcionário público, em apreciação ou informação que preste no cumprimento de dever do ofício.
Parágrafo único. Nos casos dos ns. I e III, responde pela injúria ou pela difamação quem lhe dá publicidade.
Retratação
Art. 143. O querelado que, antes da sentença, se retrata cabalmente da calúnia ou da difamação, fica isento de pena.
Art. 144. Se, de referências, alusões ou frases, se infere calúnia, difamação ou injúria, quem se julga ofendido pode pedir explicações em juízo. Aquele que se recusa a dá-las ou, a critério do juiz, não as dá satisfatórias, responde pela ofensa.
Art. 145. Nos crimes previstos neste capítulo somente se procede mediante queixa, salvo, quando no caso do art. 140, § 2º, da violência resulta lesão corporal.
Parágrafo único. Procede-se mediante requisição do Ministro da Justiça, no caso do inciso I do caput do art. 141 deste Código, e mediante representação do ofendido, no caso do inciso II do mesmo artigo, bem como no caso do § 3º do art. 140 deste Código. *(Parágrafo único com redação dada pela Lei nº 12.033, de 29/09/2009)*

CAPÍTULO VI
DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE INDIVIDUAL

Seção I
Dos crimes contra a liberdade pessoal

Constrangimento ilegal
Art. 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.
Aumento de pena
§1º As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.
§2º Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência.
§3º Não se compreendem na disposição deste artigo:
I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;
II - a coação exercida para impedir suicídio.
Ameaça
Art. 147. Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave:
Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.
Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.
Seqüestro e cárcere privado
Art. 148. Privar alguém de sua liberdade, mediante seqüestro ou cárcere privado:
Pena - reclusão, de um a três anos.
§ 1º A pena é de reclusão, de dois a cinco anos:
I - se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro do agente ou maior de 60 (sessenta) anos; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital;
III - se a privação da liberdade dura mais de quinze dias.
IV - se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos; *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
V - se o crime é praticado com fins libidinosos. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
§ 2º Se resulta à vítima, em razão de maus tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral:
Pena - reclusão, de dois a oito anos.
Redução a condição análoga à de escravo

Art. 149. Reduzir alguém a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto:
Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, além da pena correspondente à violência.
§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:
I - cerceia o uso de qualquer meio de transporte por parte do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho;
II - mantém vigilância ostensiva no local de trabalho ou se apodera de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, com o fim de retê-lo no local de trabalho.
§ 2º A pena é aumentada de metade, se o crime é cometido:
I - contra criança ou adolescente;
II - por motivo de preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 10.803, de 11/12/2003)*

Seção II
Dos crimes contra a inviolabilidade do domicílio

Violação de domicílio
Art. 150. Entrar ou permanecer, clandestina ou astuciosamente, ou contra a vontade expressa ou tácita de quem de direito, em casa alheia ou em suas dependências:
Pena - detenção, de um a três meses, ou multa.
§ 1º Se o crime é cometido durante a noite, ou em lugar ermo, ou com o emprego de violência ou de arma, ou por duas ou mais pessoas:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, além da pena correspondente à violência.
§ 2º Aumenta-se a pena de um terço, se o fato é cometido por funcionário público, fora dos casos legais, ou com inobservância das formalidades estabelecidas em lei, ou com abuso do poder.
§ 3º Não constitui crime a entrada ou permanência em casa alheia ou em suas dependências:
I - durante o dia, com observância das formalidades legais, para efetuar prisão ou outra diligência;
II - a qualquer hora do dia ou da noite, quando algum crime está sendo ali praticado ou na iminência de o ser.
§ 4º A expressão "casa" compreende:
I - qualquer compartimento habitado;
II - aposento ocupado de habitação coletiva;
III - compartimento não aberto ao público, onde alguém exerce profissão ou atividade.
§ 5º Não se compreendem na expressão "casa":
I - hospedaria, estalagem ou qualquer outra habitação coletiva, enquanto aberta, salvo a restrição do nº II do parágrafo anterior;
II - taverna, casa de jogo e outras do mesmo gênero.

Seção III
Dos crimes contra a inviolabilidade de correspondência

Violação de correspondência
Art. 151. Devassar indevidamente o conteúdo de correspondência fechada, dirigida a outrem:
Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.
Sonegação ou destruição de correspondência
§ 1º Na mesma pena incorre:
I - quem se apossa indevidamente de correspondência alheia, embora não fechada e, no todo ou em parte, a sonega ou destrói:
Violação de comunicação telegráfica, radioelétrica ou telefônica
II - quem indevidamente divulga, transmite a outrem ou utiliza abusivamente comunicação telegráfica ou radioelétrica dirigida a terceiro, ou conversação telefônica entre outras pessoas;
III - quem impede a comunicação ou a conversação referidas no número anterior;
IV - quem instala ou utiliza estação ou aparelho radioelétrico, sem observância de disposição legal.
§ 2º As penas aumentam-se de metade, se há dano para outrem.
§3º Se o agente comete o crime, com abuso de função em serviço postal, telegráfico, radioelétrico ou telefônico:
Pena - detenção, de um a três anos.
§ 4º Somente se procede mediante representação, salvo nos casos do § 1º, n. IV, e do § 3º.
Correspondência comercial
Art. 152. Abusar da condição de sócio ou empregado de estabelecimento comercial ou industrial para, no todo ou em parte, desviar, sonegar, subtrair ou suprimir correspondência, ou revelar a estranho o seu conteúdo:

Pena - detenção, de três meses a dois anos.
Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.

Seção IV
Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos

Divulgação de segredo
Art. 153. Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem:
Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.
§ 1º Somente se procede mediante representação. *(Parágrafo único transformado em § 1º pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
§ 1º -A. Divulgar, sem justa causa, informações sigilosas ou reservadas, assim definidas em lei, contidas ou não nos sistemas de informações ou banco de dados da Administração Pública.
Pena - detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
§ 2º Quando resultar prejuízo para a Administração Pública, a ação penal será incondicionada. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
Violação do segredo profissional
Art. 154. Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.
Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.
Invasão de dispositivo informático
Art. 154-A. Invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com o fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.
§ 1o Na mesma pena incorre quem produz, oferece, distribui, vende ou difunde dispositivo ou programa de computador com o intuito de permitir a prática da conduta definida no caput.
§ 2o Aumenta-se a pena de um sexto a um terço se da invasão resulta prejuízo econômico.
§ 3o Se da invasão resultar a obtenção de conteúdo de comunicações eletrônicas privadas, segredos comerciais ou industriais, informações sigilosas, assim definidas em lei, ou o controle remoto não autorizado do dispositivo invadido:
Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave.
§ 4o Na hipótese do § 3o, aumenta-se a pena de um a dois terços se houver divulgação, comercialização ou transmissão a terceiro, a qualquer título, dos dados ou informações obtidos.
§ 5o Aumenta-se a pena de um terço à metade se o crime for praticado contra:
I - Presidente da República, governadores e prefeitos;
II - Presidente do Supremo Tribunal Federal;
III - Presidente da Câmara dos Deputados, do Senado Federal, de Assembleia Legislativa de Estado, da Câmara Legislativa do Distrito Federal ou de Câmara Municipal; ou
IV - dirigente máximo da administração direta e indireta federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.737, de 30/11/2012, publicada no DOU de 03/12/2012, em vigor 120 dias após a publicação)*
Ação penal
Art. 154-B. Nos crimes definidos no art. 154-A, somente se procede mediante representação, salvo se o crime é cometido contra a administração pública direta ou indireta de qualquer dos Poderes da União, Estados, Distrito Federal ou Municípios ou contra empresas concessionárias de serviços públicos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.737, de 30/11/2012, publicada no DOU de 03/12/2012, em vigor 120 dias após a publicação)*

TÍTULO II
DOS CRIMES CONTRA O PATRIMÔNIO

CAPÍTULO I
DO FURTO

Furto
Art. 155. Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

§ 1º A pena aumenta-se de um terço, se o crime é praticado durante o repouso noturno.
§ 2º Se o criminoso é primário, e é de pequeno valor a coisa furtada, o juiz pode substituir a pena de reclusão pela de detenção, diminuí-la de um a dois terços, ou aplicar somente a pena de multa.
§ 3º Equipara-se à coisa móvel a energia elétrica ou qualquer outra que tenha valor econômico.
Furto qualificado
§ 4º A pena é de reclusão de dois a oito anos, e multa, se o crime é cometido:
I - com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa;
II - com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza;
III - com emprego de chave falsa;
IV - mediante concurso de duas ou mais pessoas.
§ 5º A pena é de reclusão de três a oito anos, se a subtração for de veículo automotor que venha a ser transportado para outro Estado ou para o exterior. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
Furto de coisa comum
Art. 156. Subtrair o condômino, co-herdeiro ou sócio, para si ou para outrem, a quem legitimamente a detém, a coisa comum:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.
§ 1º Somente se procede mediante representação.
§ 2º Não é punível a subtração de coisa comum fungível, cujo valor não excede a quota a que tem direito o agente.

CAPÍTULO II
DO ROUBO E DA EXTORSÃO

Roubo
Art. 157. Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência:
Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.
§ 1º Na mesma pena incorre quem, logo depois de subtraída a coisa, emprega violência contra pessoa ou grave ameaça, afim de assegurar a impunidade do crime ou a detenção da coisa para si ou para terceiro.
§ 2º A pena aumenta-se de um terço até metade:
I - se a violência ou ameaça é exercida com emprego de arma;
II - se há o concurso de duas ou mais pessoas;
III - se a vítima está em serviço de transporte de valores e o agente conhece tal circunstância.
IV - se a subtração for de veículo automotor que venha a ser transportado para outro Estado ou para o exterior; *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
V - se o agente mantém a vítima em seu poder, restringindo sua liberdade. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
§ 3º Se da violência resulta lesão corporal grave, a pena é de reclusão, de sete a quinze anos, além da multa; se resulta morte, a reclusão é de vinte a trinta anos, sem prejuízo da multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
Extorsão
Art. 158. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, e com o intuito de obter para si ou para outrem indevida vantagem econômica, a fazer, tolerar que se faça ou deixar de fazer alguma coisa:
Pena - reclusão, de quatro a dez anos, e multa.
§ 1º Se o crime é cometido por duas ou mais pessoas, ou com emprego de arma, aumenta-se a pena de um terço até metade.
§ 2º Aplica-se à extorsão praticada mediante violência o disposto no § 3º do artigo anterior.
§ 3º Se o crime é cometido mediante a restrição da liberdade da vítima, e essa condição é necessária para a obtenção da vantagem econômica, a pena é de reclusão, de 6 (seis) a 12 (doze) anos, além da multa; se resulta lesão corporal grave ou morte, aplicam-se as penas previstas no art. 159, §§ 2º e 3º, respectivamente. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.923, de 17/4/2009)*
Extorsão mediante seqüestro
Art. 159. Seqüestrar pessoa com o fim de obter, para si ou para outrem, qualquer vantagem, como condição ou preço do resgate:
Pena - Pena - reclusão, de oito a quinze anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.072, de 25/7/1990)*
§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.
Pena - reclusão, de doze a vinte anos. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*
§ 2º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:
Pena - reclusão, de dezesseis a vinte e quatro anos. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 8.072, de 25/7/1990)*

§ 3º Se resulta a morte:
Pena - reclusão, de vinte e quatro a trinta anos. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 8.072, de 25/7/1990)*
§ 4º Se o crime é cometido em concurso, ou concorrente que o denunciar à autoridade, facilitando a libertação do seqüestrado, terá sua pena reduzida de um a dois terços*(Parágrafo acrescido pela Lei nº 8.072, de 25/7/1990 e com nova redação dada pela Lei nº 9.269, de 2/4/1996)*

Extorsão indireta

Art. 160. Exigir ou receber, como garantia de dívida, abusando da situação de alguém, documento que pode dar causa a procedimento criminal contra a vítima ou contra terceiro:
Pena - reclusão, de um a três anos, e multa.

CAPÍTULO III
DA USURPAÇÃO

Alteração de limites

Art. 161. Suprimir ou deslocar tapume, marco, ou qualquer outro sinal indicativo de linha divisória, para apropriar-se, no todo ou em parte, de coisa imóvel alheia:
Pena - detenção, de um a seis meses, e multa.
§ 1º Na mesma pena incorre quem:

Usurpação de águas

I - desvia ou represa, em proveito próprio ou de outrem, águas alheias;

Esbulho possessório

II - invade, com violência a pessoa ou grave ameaça, ou mediante concurso de mais de duas pessoas, terreno ou edifício alheio, para o fim de esbulho possessório.
§ 2º Se o agente usa de violência, incorre também na pena a esta cominada.
§ 3º Se a propriedade é particular, e não há emprego de violência, somente se procede mediante queixa.

Supressão ou alteração de marca em animais

Art. 162. Suprimir ou alterar, indevidamente, em gado ou rebanho alheio, marca ou sinal indicativo de propriedade:
Pena - detenção, de seis meses a três anos, e multa.

CAPÍTULO IV
DO DANO

Dano

Art. 163. Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa alheia:
Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Dano qualificado

Parágrafo único. Se o crime é cometido:
I - com violência a pessoa ou grave ameaça;
II - com emprego de substância inflamável ou explosiva, se o fato não constitui crime mais grave;
III -contra o patrimônio da União, Estado, Município, empresa concessionária de serviços públicos ou sociedade de economia mista; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 5.346, de 3/11/1967)*
IV - por motivo egoístico ou com prejuízo considerável para a vítima;
Pena - detenção, de seis meses a três anos, e multa, além da pena correspondente à violência.

Introdução ou abandono de animais em propriedade alheia

Art. 164. Introduzir ou deixar animais em propriedade alheia, sem consentimento de quem de direito, desde que do fato resulte prejuízo:
Pena - detenção, de quinze dias a seis meses, ou multa.

Dano em coisa de valor artística, arqueológico ou histórico

Art. 165. Destruir, inutilizar ou deteriorar coisa tombada pela autoridade competente em virtude de valor artístico, arqueológico ou histórico:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Alteração de local especialmente protegido

Art. 166. Alterar, sem licença da autoridade competente, o aspecto de local especialmente protegido por lei:
Pena - detenção, de um mês a um ano, ou multa.

Ação Penal

Art. 167. Nos casos do art. 163, do n. IV do seu parágrafo e do art. 164, somente se procede mediante queixa.

CAPÍTULO V
DA APROPRIAÇÃO INDÉBITA

Apropriação indébita

Art. 168. Apropriar-se de coisa alheia móvel, de que tem a posse ou a detenção:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
Aumento de pena
§ 1º A pena é aumentada de um terço, quando o agente recebeu a coisa:
I - em depósito necessário;
II - na qualidade de tutor, curador, síndico, liquidatário, inventariante, testamenteiro ou depositário judicial;
III - em razão de ofício, emprego ou profissão.
Apropriação indébita previdenciária
Art. 168-A. Deixar de repassar à previdência social as contribuições recolhidas dos contribuintes, no prazo e forma legal ou convencional;
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.
§1º Nas mesmas penas incorre quem deixar de:
I - recolher, no prazo legal, contribuição ou outra importância destinada à previdência social que tenha sido descontada de pagamento efetuado a segurados, a terceiros ou arrecadada do público;
II - recolher contribuições devidas à previdência social que tenham integrado despesas contábeis ou custos relativos à venda de produtos ou à prestação de serviços;
III - pagar benefício devido a segurado, quando as respectivas cotas ou valores já tiverem sido reembolsados à empresa pela previdência social;
§2º É extinta a punibilidade se o agente, espontaneamente, declara, confessa e efetua o pagamento das contribuições, importâncias ou valores e presta as informações devidas à previdência social, na forma definida em lei ou regulamento, antes do início da ação fiscal.
§3º É facultado ao juiz deixar de aplicar a pena ou aplicar somente a de multa se o agente for primário e de bons antecedentes, desde que:
I - tenha promovido, após o início da ação fiscal e antes de oferecida a denúncia, o pagamento da contribuição social previdenciária, inclusive acessórios; ou
II - o valor das contribuições devidas, inclusive acessórios, seja igual ou inferior àquele estabelecido pela previdência social, administrativamente, como sendo o mínimo para o ajuizamento de suas execuções fiscais. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
Apropriação de coisa havida por erro, caso fortuito ou força da natureza
Art. 169. Apropriar-se alguém de coisa alheia vinda ao seu poder por erro, caso fortuito ou força da natureza:
Pena - detenção, de um mês a um ano, ou multa.
Parágrafo único. Na mesma pena incorre:
Apropriação de tesouro
I - quem acha tesouro em prédio alheio e se apropria, no todo ou em parte, da quota a que tem direito o proprietário do prédio;
Apropriação de coisa achada
II - quem acha coisa alheia perdida e dela se apropria, total ou parcialmente, deixando de restituí-la ao dono ou legítimo possuidor ou de entregá-la à autoridade competente, dentro do prazo de quinze dias.
Art. 170. Nos crimes previstos neste capítulo, aplica-se o disposto no art. 155, § 2º.

CAPÍTULO VI
DO ESTELIONATO E OUTRAS FRAUDES

Estelionato
Art. 171. Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.
§ 1º Se o criminoso é primário, e é de pequeno valor o prejuízo, o juiz pode aplicar a pena conforme o disposto no art. 155, § 2º.
§ 2º Nas mesmas penas incorre quem:
Disposição de coisa alheia como própria
I - vende, permuta, dá em pagamento, em locação ou em garantia coisa alheia como própria;
Alienação ou oneração fraudulenta de coisa própria
II - vende, permuta, dá em pagamento ou em garantia coisa própria inalienável, gravada de ônus ou litigiosa, ou imóvel que prometeu vender a terceiro, mediante pagamento em prestações, silenciando sobre qualquer dessas circunstâncias;
Defraudação de penhor
III - defrauda, mediante alienação não consentida pelo credor ou por outro modo, a garantia pignoratícia, quando tem a posse do objeto empenhado;
Fraude na entrega de coisa

IV - defrauda substância, qualidade ou quantidade de coisa que deve entregar a alguém;

Fraude para recebimento de indenização ou valor de seguro

V - destrói, total ou parcialmente, ou oculta coisa própria, ou lesa o próprio corpo ou a saúde, ou agrava as conseqüências da lesão ou doença, com o intuito de haver indenização ou valor de seguro;

Fraude no pagamento por meio de cheque

VI - emite cheque, sem suficiente provisão de fundos em poder do sacado, ou lhe frustra o pagamento.

§ 3º A pena aumenta-se de um terço, se o crime é cometido em detrimento de entidade de direito público ou de instituto de economia popular, assistência social ou beneficência.

Duplicata simulada

Art. 172. Emitir fatura, duplicata ou nota de venda que não corresponda à mercadoria vendida, em quantidade ou qualidade, ou ao serviço prestado.

Pena - detenção, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.137, de 27/12/1990)*

Parágrafo único. Nas mesmas penas incorrerá aquele que falsificar ou adulterar a escrituração do Livro de Registro de Duplicatas. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 5.474, de 18/7/1968)*

Abuso de incapazes

Art. 173. Abusar, em proveito próprio ou alheio, de necessidade, paixão ou inexperiência de menor, ou da alienação ou debilidade mental de outrem, induzindo qualquer deles à prática de ato suscetível de produzir efeito jurídico, em prejuízo próprio ou de terceiro:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa.

Induzimento a especulação

Art. 174. Abusar, em proveito próprio ou alheio, da inexperiência ou da simplicidade ou inferioridade mental de outrem, induzindo-o à prática de jogo ou aposta, ou à especulação com títulos ou mercadorias, sabendo ou devendo saber que a operação é ruinosa:

Pena - reclusão, de um a três anos, e multa.

Fraude no comércio

Art. 175. Enganar, no exercício de atividade comercial, o adquirente ou consumidor:

I - vendendo, como verdadeira ou perfeita, mercadoria falsificada ou deteriorada;

II - entregando uma mercadoria por outra:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.

§ 1º Alterar em obra que lhe é encomendada a qualidade ou o peso de metal ou substituir, no mesmo caso, pedra verdadeira por falsa ou por outra de menor valor; vender pedra falsa por verdadeira; vender, como precioso, metal de outra qualidade:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

§ 2º É aplicável o disposto no art. 155, § 2º.

Outras fraudes

Art. 176. Tomar refeição em restaurante, alojar-se em hotel ou utilizar-se de meio de transporte sem dispor de recursos para efetuar o pagamento:

Pena - detenção de quinze dias a dois meses, ou multa.

Parágrafo único. Somente se procede mediante representação, e o juiz pode, conforme as circunstâncias, deixar de aplicar a pena.

Fraudes e abusos na fundação ou administração de sociedade por ações

Art. 177. Promover a fundação de sociedade por ações, fazendo, em prospecto ou em comunicação ao público ou à assembléia, afirmação falsa sobre a constituição da sociedade, ou ocultando fraudulentamente fato a ela relativo:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa, se o fato não constitui crime contra a economia popular.

§ 1º Incorrem na mesma pena, se o fato não constitui crime contra a economia popular:

I - o diretor, o gerente ou o fiscal de sociedade por ações, que, em prospecto, relatório, parecer, balanço ou comunicação ao público ou à assembléia, faz afirmação falsa sobre as condições econômicas da sociedade, ou oculta fraudulentamente, no todo ou em parte, fato a elas relativo;

II - o diretor, o gerente ou o fiscal que promove, por qualquer artifício, falsa cotação das ações ou de outros títulos da sociedade;

III - o diretor ou o gerente que toma empréstimo à sociedade ou usa, em proveito próprio ou de terceiro, dos bens ou haveres sociais, sem prévia autorização da assembléia geral;

IV - o diretor ou o gerente que compra ou vende, por conta da sociedade, ações por ela emitidas, salvo quando a lei o permite;

V - o diretor ou o gerente que, como garantia de crédito social, aceita em penhor ou em caução ações da própria sociedade;

VI - o diretor ou o gerente que, na falta de balanço, em desacordo com este, ou mediante balanço falso, distribui

lucros ou dividendos fictícios;
VII - o diretor, o gerente ou o fiscal que, por interposta pessoa, ou conluiado com acionista, consegue a aprovação de conta ou parecer;
VIII - o liquidante, nos casos dos ns. I, II, III, IV, V e VII;
IX - o representante da sociedade anônima estrangeira, autorizada a funcionar no país, que pratica os atos mencionados nos ns. I e II, ou dá falsa informação ao Governo.
§ 2º Incorre na pena de detenção, de seis meses a dois anos, e multa, o acionista que, afim de obter vantagem para si ou para outrem, negocia o voto nas deliberações de assembléia geral.

Emissão irregular de conhecimento de depósito ou "*warrant*"

Art. 178. Emitir conhecimento de depósito ou *warrant*, em desacordo com disposição legal:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Fraude à execução

Art. 179. Fraudar execução, alienando, desviando, destruindo ou danificando bens, ou simulando dívidas:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.
Parágrafo único. Somente se procede mediante queixa.

CAPÍTULO VII
DA RECEPTAÇÃO

Receptação

Art. 180. Adquirir, receber, transportar, conduzir ou ocultar, em proveito próprio ou alheio, coisa que sabe ser produto de crime, ou influir para que terceiro, de boa-fé, a adquira, receba ou oculte:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

Receptação qualificada

§ 1º Adquirir, receber, transportar, conduzir, ocultar, ter em depósito, desmontar, montar, remontar, vender, expor à venda, ou de qualquer forma utilizar, em proveito próprio ou alheio, no exercício de atividade comercial ou industrial, coisa que deve saber ser produto de crime:
Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
§ 2º Equipara-se à atividade comercial, para efeito do parágrafo anterior, qualquer forma de comércio irregular ou clandestino, inclusive o exercido em residência. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
§ 3º Adquirir ou receber coisa que, por sua natureza ou pela desproporção entre o valor e o preço, ou pela condição de quem a oferece, deve presumir-se obtida por meio criminoso:
Pena - detenção, de um mês a um ano, ou multa, ou ambas as penas. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
§ 4º A receptação é punível, ainda que desconhecido ou isento de pena o autor do crime de que proveio a coisa. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 5.346, de 03/11/1967 e com nova redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
§ 5º Na hipótese do § 3º, se o criminoso é primário, pode o juiz, tendo em consideração as circunstâncias, deixar de aplicar a pena. Na receptação dolosa aplica-se o disposto no § 2º do art. 155. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*
§ 6º Tratando-se de bens e instalações do patrimônio da União, Estado, Município, empresa concessionária de serviços públicos ou sociedade de economia mista, a pena prevista no *caput* deste artigo aplica-se em dobro. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

CAPÍTULO VIII
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 181. É isento de pena quem comete qualquer dos crimes previstos neste título, em prejuízo:
I - do cônjuge, na constância da sociedade conjugal;
II - do ascendente ou descendente, seja o parentesco legítimo ou ilegítimo, seja civil ou natural.
Art. 182. Somente se procede mediante representação, se o crime previsto neste título é cometido em prejuízo:
I - do cônjuge desquitado ou judicialmente separado;
II - de irmão, legítimo ou ilegítimo;
III - de tio ou sobrinho, com quem o agente coabita.
Art. 183. Não se aplica o disposto nos dois artigos anteriores:
I - se o crime é de roubo ou de extorsão, ou, em geral, quando haja emprego de grave ameaça ou violência a pessoa;
II - ao estranho que participa do crime.
III - se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*

TÍTULO III
DOS CRIMES CONTRA A PROPRIEDADE IMATERIAL

CAPÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A PROPRIEDADE INTELECTUAL

Violação de direito autoral
Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, ou multa. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
§ 1º Se a violação consistir em reprodução total ou parcial, com intuito de lucro direto ou indireto, por qualquer meio ou processo, de obra intelectual, interpretação, execução ou fonograma, sem autorização expressa do autor, do artista intérprete ou executante, do produtor, conforme o caso, ou de quem os represente:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
§ 2º Na mesma pena do § 1º incorre quem, com o intuito de lucro direto ou indireto, distribui, vende, expõe à venda, aluga, introduz no País, adquire, oculta, tem em depósito, original ou cópia de obra intelectual ou fonograma reproduzido com violação do direito de autor, do direito de artista intérprete ou executante ou do direito do produtor de fonograma, ou, ainda, aluga original ou cópia de obra intelectual ou fonograma, sem a expressa autorização dos titulares dos direitos ou de quem os represente. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
§ 3º Se a violação consistir no oferecimento ao público, mediante cabo, fibra ótica, satélite, ondas ou qualquer outro sistema que permita ao usuário realizar a seleção da obra ou produção para recebê-la em um tempo e lugar previamente determinados por quem formula a demanda, com intuito de lucro, direto ou indireto, sem autorização expressa, conforme o caso, do autor, do artista intérprete ou executante, do produtor de fonograma, ou de quem os represente:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
§ 4º O disposto nos §§ 1º, 2º e 3º não se aplica quando se tratar de exceção ou limitação ao direito de autor ou os que lhe são conexos, em conformidade com o previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, nem a cópia de obra intelectual ou fonograma, em um só exemplar, para uso privado do copista, sem intuito de lucro direto ou indireto. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
Usurpação de nome ou pseudônimo alheio
Art.185. *(Revogado pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
Art. 186. Procede-se mediante: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
I - queixa, nos crimes previstos no *caput* do art. 184; *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
II - ação penal pública incondicionada, nos crimes previstos nos §§ 1º e 2º do art. 184; *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
III - ação penal pública incondicionada, nos crimes cometidos em desfavor de entidades de direito público, autarquia, empresa pública, sociedade de economia mista ou fundação instituída pelo Poder Público; *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*
IV - ação penal pública condicionada à representação, nos crimes previstos no § 3º do art. 184. *(Inciso acrescido pela Lei nº 10.695, de 1/7/2003)*

CAPÍTULO II
DOS CRIMES CONTRA O PRIVILÉGIO DE INVENÇÃO

Art.187. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*
Art. 188. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*
Art. 189. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*
Art. 190. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*
Art. 191. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*

CAPÍTULO III
DOS CRIMES CONTRA AS MARCAS DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO

Art. 192. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*
Art. 193. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*
Art. 194. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*

Art. 195. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*

CAPÍTULO IV
DOS CRIMES DE CONCORRÊNCIA DESLEAL

Art. 196. *(Revogado pela Lei nº 9.279, de 14/5/1996)*

.....

TÍTULO VI
DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL
(Redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)

CAPÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE SEXUAL

Estupro

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

§ 2º Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Atentado violento ao pudor

Art. 214. *(Revogado pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Violação sexual mediante fraude

Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa. *(Parágrafo único com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Atentado ao pudor mediante fraude

Art. 216. *(Revogado pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Assédio sexual

Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

Pena - detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.224, de 15/5/2001)*

Parágrafo único. *(VETADO na Lei nº 10.224, de 15/5/2001)*

§ 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

CAPÍTULO II
DOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEL
(Redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)

Sedução

Art. 217. (*Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*

Estupro de vulnerável

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no *caput* com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

§ 2º (VETADO)

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4º Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Corrupção de menores

Art. 218. Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.
Parágrafo único. (VETADO *(Artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente
Art. 218-A. Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável *(Nome jurídico acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009, e alterado pela Lei nº 12.978, de 21/5/2014)*
Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:
Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.
§ 1º Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.
§ 2º Incorre nas mesmas penas:
I - quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no *caput* deste artigo;
II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no *caput* deste artigo.
§3º Na hipótese do inciso II do § 2º, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licença de localização e de funcionamento do estabelecimento. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

CAPÍTULO III
DO RAPTO

Rapto violento ou mediante fraude
Art. 219. *(Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
Rapto consensual
Art. 220. *(Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
Diminuição de pena
Art. 221. *(Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
Concurso de rapto e outro crime
Art. 222. *(Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES GERAIS

Formas qualificadas
Art. 223. *(Revogado pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Presunção de violência
Art. 224. *(Revogado pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Ação penal
Art. 225. Nos crimes definidos nos Capítulos I e II deste Título, procede-se mediante ação penal pública condicionada à representação.
Parágrafo único. Procede-se, entretanto, mediante ação penal pública incondicionada se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos ou pessoa vulnerável. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Aumento de pena
Art. 226. A pena é aumentada: *("Caput" com redação dada pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
I - de quarta parte, se o crime é cometido com o concurso de 2 (duas) ou mais pessoas; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
II - de metade, se o agente é ascendente, padrasto ou madrasta, tio, irmão, cônjuge, companheiro, tutor, curador, preceptor ou empregador da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
III - *(Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*

CAPÍTULO V
DO LENOCÍNIO E DO TRÁFICO DE PESSOA PARA FIM DE PROSTITUIÇÃO OU OUTRA FORMA DE EXPLORAÇÃO SEXUAL
(Redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)

Mediação para servir a lascívia de outrem

Art. 227. Induzir alguém a satisfazer a lascívia de outrem:
Pena - reclusão, de um a três anos.
§ 1º Se a vítima é maior de 14 (catorze) e menor de 18 (dezoito) anos, ou se o agente é seu ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro, irmão, tutor ou curador ou pessoa a quem esteja confiada para fins de educação, de tratamento ou de guarda:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*
§ 2º Se o crime é cometido com emprego de violência, grave ameaça ou fraude:
Pena - reclusão, de dois a oito anos, além da pena correspondente à violência.
§ 3º Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual

Art. 228. Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 1º Se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:
Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 2º Se o crime é cometido com emprego de violência, grave ameaça ou fraude:
Pena - reclusão, de quatro a dez anos, além da pena correspondente à violência.
§ 3º Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Casa de prostituição

Art. 229. Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Pena - reclusão, de dois a cinco anos, e multa.

Rufianismo

Art. 230. Tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
§ 1º Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:
Pena - reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 2º Se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual

Art. 231. Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nele venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro.
Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 2º A pena é aumentada da metade se:
I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos;
II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato;
III - se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou
IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 3º Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

Tráfico interno de pessoa para fim de exploração sexual

Art. 231-A. Promover ou facilitar o deslocamento de alguém dentro do território nacional para o exercício da prostituição ou outra forma de exploração sexual:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005 e com*

nova redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)
§ 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar, vender ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005 e transformado em § 1º com nova redação dada pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 2º A pena é aumentada da metade se:
I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos;
II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato;
III - se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou
IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
§ 3º Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Art. 232. *(Revogado pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

CAPÍTULO VI
DO ULTRAJE PÚBLICO AO PUDOR

Ato obsceno
Art. 233. Praticar ato obsceno em lugar público, ou aberto ou exposto ao público:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.
Escrito ou objeto obsceno
Art. 234. Fazer, importar, exportar, adquirir ou ter sob sua guarda, para fim de comércio, de distribuição ou de exposição pública, escrito, desenho, pintura, estampa ou qualquer objeto obsceno:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.
§ 1º Incorre na mesma pena quem:
I - vende, distribui ou expõe à venda ou ao público qualquer dos objetos referidos neste artigo;
II - realiza, em lugar público ou acessível ao público, representação teatral, ou exibição cinematográfica de caráter obsceno, ou qualquer outro espetáculo, que tenha o mesmo caráter;
III - realiza, em lugar público ou acessível ao público, ou pelo rádio, audição ou recitação de caráter obsceno.

CAPÍTULO VII
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)

Aumento de pena
Art. 234-A. Nos crimes previstos neste Título a pena é aumentada:
I - (VETADO);
II - (VETADO);
III - de metade, se do crime resultar gravidez; e
IV - de um sexto até a metade, se o agente transmite à vitima doença sexualmente transmissível de que sabe ou deveria saber ser portador. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Art. 234-B. Os processos em que se apuram crimes definidos neste Título correrão em segredo de justiça. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*
Art. 234-C. *(VETADO na Lei nº 12.015, de 7/8/2009)*

TÍTULO VII
DOS CRIMES CONTRA A FAMÍLIA

CAPÍTULO I
DOS CRIMES CONTRA O CASAMENTO

Bigamia
Art. 235. Contrair alguém, sendo casado, novo casamento:
Pena - reclusão, de dois a seis anos.
§ 1º Aquele que, não sendo casado, contrai casamento com pessoa casada, conhecendo essa circunstância, é punido com reclusão ou detenção, de um a três anos.
§ 2º Anulado por qualquer motivo o primeiro casamento, ou o outro por motivo que não a bigamia, considera-se inexistente o crime.
Induzimento a erro essencial e ocultação de impedimento
Art. 236. Contrair casamento, induzindo em erro essencial o outro contraente, ou ocultando-lhe impedimento que

não seja casamento anterior:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos.
Parágrafo único. A ação penal depende de queixa do contraente enganado e não pode ser intentada senão depois de transitar em julgado a sentença que, por motivo de erro ou impedimento, anule o casamento.

Conhecimento prévio de impedimento

Art. 237. Contrair casamento, conhecendo a existência de impedimento que lhe cause a nulidade absoluta:
Pena - detenção, de três meses a um ano.

Simulação de autoridade para celebração de casamento

Art. 238. Atribuir-se falsamente autoridade para celebração de casamento:
Pena - detenção, de um a três anos, se o fato não constitui crime mais grave.

Simulação de casamento

Art. 239. Simular casamento mediante engano de outra pessoa:
Pena - detenção, de um a três anos, se o fato não constitui elemento de crime mais grave.

Adultério

Art. 240. *(Revogado pela Lei nº 11.106, de 28/3/2005)*

CAPÍTULO II
DOS CRIMES CONTRA O ESTADO DE FILIAÇÃO

Registro de nascimento inexistente

Art. 241. Promover no registo civil a inscrição de nascimento inexistente:
Pena - reclusão, de dois a seis anos.

Parto suposto. Supressão ou alteração de direito inerente ao estado civil de recém-nascido

Art. 242. Dar parto alheio como próprio; registrar como seu o filho de outrem; ocultar recém-nascido ou substituí-lo, suprimindo ou alterando direito inerente ao estado civil:
Pena - reclusão, de dois a seis anos.
Parágrafo único. Se o crime é praticado por motivo de reconhecida nobreza:
Pena - detenção, de um a dois anos, podendo o juiz deixar de aplicar a pena. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 6.898, de 30/3/1981)*

Sonegação de estado de filiação

Art. 243. Deixar em asilo de expostos ou outra instituição de assistência filho próprio ou alheio, ocultando-lhe a filiação ou atribuindo-lhe outra, com o fim de prejudicar direito inerente ao estado civil:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

CAPÍTULO III
DOS CRIMES CONTRA A ASSISTÊNCIA FAMILIAR

Abandono material

Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.741, de 1/10/2003)*
Pena - detenção de 1 (um) ano a 4 (quatro) anos e multa, de uma a dez vezes o maior salário-mínimo vigente no País. *(Pena com redação dada pela Lei nº 5.478, de 25/7/1968)*
Parágrafo único. Nas mesmas penas incide quem, sendo solvente, frustra ou ilide, de qualquer modo, inclusive por abandono injustificado de emprego ou função, o pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada. *(Parágrafo único com redação dada pela Lei nº 5.478, de 25/7/1968)*

Entrega de filho menor a pessoa inidônea

Art. 245. Entregar filho menor de dezoito anos a pessoa em cuja companhia saiba ou deva saber que o menor fica moral ou materialmente em perigo.
Pena - detenção de 1 (um) a 2 (dois) anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 7.251, de 19/11/1984)*
§ 1º A pena é de 1 (um) a 4 (quatro) anos de reclusão, se o agente pratica delito para obter lucro, ou se o menor é enviado para o exterior. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 7.251, de 19/11/1984)*
§ 2º Incorre, também, na pena do parágrafo anterior quem, embora excluído o perigo moral ou material, auxilia a efetivação de ato destinado ao envio de menor para o exterior, com o fito de obter lucro. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 7.251, de 19/11/1984)*

Abandono intelectual
Art. 246. Deixar, sem justa causa, prover à instrução primária de filho em idade escolar:
Pena - detenção de quinze dias a um mês, ou multa.
Art. 247. Permitir alguém que menor de dezoito anos, sujeito a seu poder ou confiado a sua guarda ou vigilância:
I - freqüente casa de jogo ou mal-afamada, ou conviva com pessoa viciosa ou de má vida;
II - freqüente espetáculo capaz de pervertê-lo ou de ofender-lhe o pudor, ou participe de representação de igual natureza;
III - resida ou trabalhe em casa de prostituição;
IV - mendigue ou sirva a mendigo para excitar a comiseração pública:
Pena - detenção, de um a três meses, ou multa.

CAPÍTULO IV
DOS CRIMES CONTRA O PÁTRIO PODER, TUTELA OU CURATELA

Induzimento a fuga, entrega arbitrária ou sonegação de incapazes
Art. 248. Induzir menor de dezoito anos, ou interdito, a fugir do lugar em que se acha por determinação de quem sobre ele exerce autoridade, em virtude de lei ou de ordem judicial; confiar a outrem sem ordem do pai, do tutor ou do curador algum menor de dezoito anos ou interdito, ou deixar, sem justa causa, de entregá-lo a quem legitimamente o reclame:
Pena - detenção, de um mês a um ano, ou multa.
Subtração de incapazes
Art. 249. Subtrair menor de dezoito anos ou interdito ao poder de quem o tem sob sua guarda em virtude de lei ou de ordem judicial:
Pena - detenção, de dois meses a dois anos, se o fato não constitui elemento de outro crime.
§ 1º O fato de ser o agente pai ou tutor do menor ou curador do interdito não o exime de pena, se destituído ou temporariamente privado do pátrio poder, tutela, curatela ou guarda.
§ 2º No caso de restituição do menor ou do interdito, se este não sofreu maus-tratos ou privações, o juiz pode deixar de aplicar pena.

TÍTULO VIII
DOS CRIMES CONTRA A INCOLUMIDADE PÚBLICA

CAPÍTULO I
DOS CRIMES DE PERIGO COMUM

Incêndio
Art. 250. Causar incêndio, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem:
Pena - reclusão, de três a seis anos, e multa.
Aumento de pena
§ 1º As penas aumentam-se de um terço:
I - se o crime é cometido com intuito de obter vantagem pecuniária em proveito próprio ou alheio;
II - se o incêndio é:
a) em casa habitada ou destinada a habitação;
b) em edifício público ou destinado a uso público ou a obra de assistência social ou de cultura;
c) em embarcação, aeronave, comboio ou veículo de transporte coletivo;
d) em estação ferroviária ou aeródromo;
e) em estaleiro, fábrica ou oficina;
f) em depósito de explosivo, combustível ou inflamável;
g) em poço petrolífero ou galeria de mineração;
h) em lavoura, pastagem, mata ou floresta.
Incêndio culposo
§ 2º Se culposo o incêndio, a pena é de detenção de seis meses a dois anos.
Explosão
Art. 251. Expor a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem, mediante explosão, arremesso ou simples colocação de engenho de dinamite ou de substância de efeitos análogos:
Pena - reclusão, de três a seis anos, e multa.
§ 1º Se a substância utilizada não é dinamite ou explosivo de efeitos análogos:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
Aumento de pena

§ 2º As penas aumentam-se de um terço, se ocorre qualquer das hipóteses previstas no § 1º, nº I, do artigo anterior, ou é visada ou atingida qualquer das coisas enumeradas no nº II do mesmo parágrafo.

Modalidade culposa

§ 3º No caso de culpa, se a explosão é de dinamite ou substância de efeitos análogos, a pena é de detenção, de seis meses a dois anos; nos demais casos, é de detenção, de três meses a um ano.

Uso de gás tóxico ou asfixiante

Art. 252. Expor a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem, usando de gás tóxico ou asfixiante:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Modalidade culposa

Parágrafo único. Se o crime é culposo:
Pena - detenção, de três meses a um ano.

Fabrico, fornecimento, aquisição, posse ou transporte de explosivos ou gás tóxico, ou asfixiante

Art.253. Fabricar, fornecer, adquirir, possuir ou transportar, sem licença da autoridade, substância ou engenho explosivo, gás tóxico ou asfixiante, ou material destinado à sua fabricação:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Inundação

Art. 254. Causar inundação, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem:
Pena - reclusão, de três a seis anos, e multa, no caso de dolo, ou detenção, de seis meses a dois anos, no caso de culpa.

Perigo de inundação

Art. 255. Remover, destruir ou inutilizar, em prédio próprio ou alheio, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem, obstáculo natural ou obra destinada a impedir inundação:
Pena - reclusão, de um a três anos, e multa.

Desabamento ou desmoronamento

Art. 256. Causar desabamento ou desmoronamento, expondo a perigo a vida, a integridade física ou o patrimônio de outrem:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

Modalidade culposa

Parágrafo único. Se o crime é culposo:
Pena - detenção, de seis meses a um ano.

Subtração, ocultação ou inutilização de material de salvamento

Art. 257. Subtrair, ocultar ou inutilizar, por ocasião de incêndio, inundação, naufrágio, ou outro desastre ou calamidade, aparelho, material ou qualquer meio destinado a serviço de combate ao perigo, de socorro ou salvamento; ou impedir ou dificultar serviço de tal natureza:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos, e multa.

Formas qualificadas de crime de perigo comum

Art. 258. Se do crime doloso de perigo comum resulta lesão corporal de natureza grave, a pena privativa de liberdade é aumentada de metade; se resulta morte, é aplicada em dobro. No caso de culpa, se do fato resulta lesão corporal, a pena aumenta-se de metade; se resulta morte, aplica-se a pena cominada ao homicídio culposo, aumentada de um terço.

Difusão de doença ou praga

Art. 259. Difundir doença ou praga que possa causar dano a floresta, plantação ou animais de utilidade econômica:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos, e multa.

Modalidade culposa

Parágrafo único. No caso de culpa, a pena é de detenção, de um a seis meses, ou multa.

CAPÍTULO II
DOS CRIMES CONTRA A SEGURANÇA DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE E OUTROS SERVIÇOS PÚBLICOS

Perigo de desastre ferroviário

Art. 260. Impedir ou perturbar serviço de estrada de ferro:
I - destruindo, danificando ou desarranjando, total ou parcialmente, linha férrea, material rodante ou de tração, obra de arte ou instalação;
II - colocando obstáculo na linha;
III - transmitindo falso aviso acerca do movimento dos veículos ou interrompendo ou embaraçando o funcionamento de telégrafo, telefone ou rádio-telegrafia;
IV - praticando outro ato de que possa resultar desastre:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos, e multa.

Desastre ferroviário
§ 1º Se do fato resulta desastre:
Pena - reclusão, de quatro a doze anos, e multa.
§ 2º No caso de culpa, ocorrendo desastre:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos.
§ 3º Para os efeitos deste artigo, entende-se por estrada de ferro qualquer via de comunicação em que circulem veículos de tração mecânica, em trilhos ou por meio de cabo aéreo.
Atentando contra a segurança de transporte marítimo, fluvial ou aéreo
Art. 261. Expor a perigo embarcação ou aeronave, própria ou alheia, ou praticar qualquer ato tendente a impedir ou dificultar navegação marítima, fluvial ou aérea:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos.
Sinistro em transporte marítimo, fluvial ou aéreo
§ 1º Se do fato resulta naufrágio, submersão ou encalhe de embarcação ou a queda ou destruição de aeronave:
Pena - reclusão, de quatro a doze anos.
Prática do crime com o fim de lucro
§ 2º Aplica-se, também, a pena de multa, se o agente pratica o crime com o intuito de obter vantagem econômica, para si ou para outrem.
Modalidade culposa
§ 3º No caso de culpa, se ocorre o sinistro:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos.
Atentado contra a segurança de outro meio de transporte
Art. 262. Expor a perigo outro meio de transporte público, impedir-lhe ou dificultar-lhe o funcionamento:
Pena - detenção, de um a dois anos.
§ 1º Se do fato resulta desastre, a pena é de reclusão, de dois a cinco anos.
§ 2º No caso de culpa, se ocorre desastre:
Pena - detenção, de três meses a um ano.
Forma qualificada
Art. 263. Se de qualquer dos crimes previstos nos arts. 260 a 262, no caso de desastre ou sinistro, resulta lesão corporal ou morte, aplica-se o disposto no art. 258.
Arremesso de projetil
Art. 264. Arremessar projetil contra veículo, em movimento, destinado ao transporte público por terra, por água ou pelo ar:
Pena - detenção, de um a seis meses.
Parágrafo único. Se do fato resulta lesão corporal, a pena é de detenção, de seis meses a dois anos; se resulta morte, a pena é a do art. 121, § 3º, aumentada de um terço.
Atentado contra a segurança de serviço de utilidade pública
Art. 265. Atentar contra a segurança ou o funcionamento de serviço de água, luz, força ou calor, ou qualquer outro de utilidade pública:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.
Parágrafo único. Aumentar-se-á a pena de 1/3 (um terço) até a metade, se o dano ocorrer em virtude de subtração de material essencial ao funcionamento dos serviços. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 5.346, de 3/11/1967)*
Interrupção ou perturbação de serviço telegráfico, telefônico, informático, telemático ou de informação de utilidade pública
Art. 266. Interromper ou perturbar serviço telegráfico, radiotelegráfico ou telefônico, impedir ou dificultar-lhe o restabelecimento:
Pena - detenção, de um a três anos, e multa.
§ 1º Incorre na mesma pena quem interrompe serviço telemático ou de informação de utilidade pública, ou impede ou dificulta-lhe o restabelecimento. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.737, de 30/11/2012, publicada no DOU de 03/12/2012, em vigor 120 dias após a publicação)*
§ 2º Aplicam-se as penas em dobro se o crime é cometido por ocasião de calamidade pública. *(Parágrafo único transformado em § 2º pela Lei nº 12.737, de 30/11/2012, publicada no DOU de 03/12/2012, em vigor 120 dias após a publicação)*

CAPÍTULO III
DOS CRIMES CONTRA A SAUDE PÚBLICA

Epidemia
Art. 267. Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos:
Pena - reclusão, de dez a quinze anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.072, de 25/7/1990)*

§ 1º Se do fato resulta morte, a pena é aplicada em dobro.
§ 2º No caso de culpa, a pena é de detenção, de um a dois anos, ou, se resulta morte, de dois a quatro anos.
Infração de medida sanitária preventiva
Art. 268. Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa:
Pena - detenção, de um mês a um ano, e multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada de um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro.
Omissão de notificação de doença
Art. 269. Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.
Envenenamento de água potável ou de substancia alimentícia ou medicinal
Art. 270. Envenenar água potável, de uso comum ou particular, ou substância alimentícia ou medicinal destinada a consumo:
Pena - reclusão, de dez a quinze anos. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.072, de 25/7/1990)*
§ 1º Está sujeito à mesma pena quem entrega a consumo ou tem em depósito, para o fim de ser distribuída, a água ou a substância envenenada.
Modalidade culposa
§ 2º Se o crime é culposo:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos.
Corrupção ou poluição de água potável
Art. 271. Corromper ou poluir água potável, de uso comum ou particular, tornando-a imprópria para consumo ou nociva à saúde:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos.
Modalidade culposa
Parágrafo único. Se o crime é culposo:
Pena - detenção, de dois meses a um ano.
Falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de substância ou produtos alimentícios
Art. 272. Corromper, adulterar, falsificar ou alterar substância ou produto alimentício destinado a consumo, tornando-o nocivo à saúde ou reduzindo-lhe o valor nutritivo:
Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
§ 1º Está sujeito às mesmas penas quem pratica as ações previstas neste artigo em relação a bebidas, com ou sem teor alcoólico. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
§ 1º -A. Incorre nas penas deste artigo quem fabrica, vende, expõe à venda, importa, tem em depósito para vender ou, de qualquer forma, distribui ou entrega a consumo a substância alimentícia ou o produto falsificado, corrompido ou adulterado. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
Modalidade culposa
§ 2º Se o crime é culposo:
Pena - detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
Falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de produtos destinado a fins terapêuticos ou medicinais
Art. 273. Falsificar, corromper, adulterar ou alterar produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais:
Pena - reclusão, de 10 (dez) a 15 (quinze) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
§ 1º Nas mesmas penas incorre quem importa, vende, expõe à venda, tem em depósito para vender ou, de qualquer forma, distribui ou entrega a consumo o produto falsificado, corrompido, adulterado ou alterado. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
§ 1º-A. Incluem-se entre os produtos a que se refere este artigo os medicamentos, as matérias-primas, os insumos farmacêuticos, os cosméticos, os saneantes e os de uso em diagnóstico. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*
§ 1º -B. Está sujeito às penas deste artigo quem pratica as ações previstas no § 1º em relação a produtos em qualquer das seguintes condições:
I - sem registro, quando exigível, no órgão de vigilância sanitária competente;
II - em desacordo com a fórmula constante do registro previsto no inciso anterior;
III - sem as características de identidade e qualidade admitidas para a sua comercialização;
IV - com redução de seu valor terapêutico ou de sua atividade;
V - de procedência ignorada;
VI - adquiridos de estabelecimento sem licença da autoridade sanitária competente. *(Parágrafo acrescido pela Lei*

nº 9.677, de 2/7/1998)

Modalidade culposa

§ 2º Se o crime é culposo:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*

Emprego de processo proibido ou de substância não permitida

Art. 274. Empregar, no fabrico de produto destinado ao consumo, revestimento, gaseificação artificial, matéria corante, substância aromática, anti-séptica, conservadora ou qualquer outra não expressamente permitida pela legislação sanitária:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*

Invólucro ou recipiente com falsa indicação

Art. 275. Inculcar, em invólucro ou recipiente de produtos alimentícios, terapêuticos ou medicinais, a existência de substância que não se encontra em seu conteúdo ou que nele existe em quantidade menor que a mencionada:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*

Produto ou substância nas condições dos dois artigos anteriores

Art.276. Vender, expor à venda, ter em depósito para vender ou, de qualquer forma, entregar a consumo produto nas condições dos arts. 274 e 275:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*

Substância destinada à falsificação

Art. 277. Vender, expor à venda, ter em depósito ou ceder substância destinada à falsificação de produtos alimentícios, terapêuticos ou medicinais:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.677, de 2/7/1998)*

Outras substâncias nocivas à saúde pública

Art. 278. Fabricar, vender, expor à venda, ter em depósito para vender ou, de qualquer forma, entregar a consumo coisa ou substância nociva à saúde, ainda que não destinada à alimentação ou a fim medicinal:

Pena - detenção, de um a três anos, e multa.

Modalidade culposa

Parágrafo único. Se o crime é culposo:

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Substância avariada

Art. 279. *(Revogado pela Lei nº 8.137, de 27/12/1990)*

Medicamento em desacordo com receita médica

Art. 280. Fornecer substância medicinal em desacordo com receita médica:

Pena - detenção, de um a três anos, ou multa.

Modalidade culposa

Parágrafo único. Se o crime é culposo:

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Comércio, posse ou uso de entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica.

Art. 281. *(Revogado pela Lei nº 6.368, de 21/10/1976)*

Exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica

Art. 282. Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Parágrafo único. Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Charlatanismo

Art. 283. Inculcar ou anunciar cura por meio secreto ou infalível:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.

Curandeirismo

Art. 284. Exercer o curandeirismo:

I - prescrevendo, ministrando ou aplicando, habitualmente, qualquer substância;

II - usando gestos, palavras ou qualquer outro meio;

III - fazendo diagnósticos:

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Parágrafo único. Se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito à multa.

Forma qualificada

Art. 285. Aplica-se o disposto no art. 258 aos crimes previstos neste Capítulo, salvo quanto ao definido no art. 267.

TÍTULO IX

DOS CRIMES CONTRA A PAZ PÚBLICA

Incitação ao crime
Art. 286. Incitar, publicamente, a prática de crime:
Pena - detenção, de três a seis meses, ou multa.
Apologia de crime ou criminoso
Art. 287. Fazer, publicamente, apologia de fato criminoso ou de autor de crime:
Pena - detenção, de três a seis meses, ou multa. *(Vide ADPF nº 187/2009)*
Associação Criminosa
Art. 288. Associarem-se 3 (três) ou mais pessoas, para o fim específico de cometer crimes:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos.
Parágrafo único. A pena aumenta-se até a metade se a associação é armada ou se houver a participação de criança ou adolescente. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 12.850, de 2/8/2013, publicado do DOU Edição Extra de 5/8/2013, em vigor 45 dias após a publicação)*
Constituição de milícia privada
Art. 288-A. Constituir, organizar, integrar, manter ou custear organização paramilitar, milícia particular, grupo ou esquadrão com a finalidade de praticar qualquer dos crimes previstos neste Código:
Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.720, de 27/9/2012)*

TÍTULO X
DOS CRIMES CONTRA A FÉ PÚBLICA
CAPÍTULO I
DA MOEDA FALSA

Moeda falsa
Art. 289. Falsificar, fabricando-a ou alterando-a, moeda metálica ou papel-moeda de curso legal no país ou no estrangeiro:
Pena - reclusão, de três a doze anos, e multa.
§ 1º Nas mesmas penas incorre quem, por conta própria ou alheia, importa ou exporta, adquire, vende, troca, cede, empresta, guarda ou introduz na circulação moeda falsa.
§ 2º Quem, tendo recebido de boa fé, como verdadeira, moeda falsa ou alterada, a restitui à circulação, depois de conhecer a falsidade, é punido com detenção, de seis meses a dois anos, e multa.
§ 3º É punido com reclusão, de três a quinze anos, e multa, o funcionário público ou diretor, gerente, ou fiscal de banco de emissão que fabrica, emite ou autoriza a fabricação ou emissão:
I - de moeda com título ou peso inferior ao determinado em lei;
II - de papel-moeda em quantidade superior à autorizada.
§ 4º Nas mesmas penas incorre quem desvia e faz circular moeda, cuja circulação não estava ainda autorizada.
Crimes assimilados ao de moeda falsa
Art. 290. Formar cédula, nota ou bilhete representativo de moeda com fragmentos de cédulas, notas ou bilhetes verdadeiros; suprimir em nota, cédula ou bilhete recolhidos, para o fim de restituí-los à circulação, sinal indicativo de sua inutilização; restituir à circulação cédula, nota ou bilhete em tais condições, ou já recolhidos para o fim de inutilização:
Pena - reclusão de dois a oito anos, e multa.
Parágrafo único. O máximo da reclusão é elevado a doze anos e o da multa, se o crime é cometido por funcionário que trabalha na repartição onde o dinheiro se achava recolhido, ou nela tem fácil ingresso, em razão do cargo.
Petrechos para falsificação de moeda
Art. 291. Fabricar, adquirir, fornecer, a título oneroso ou gratuito, possuir ou guardar maquinismo, aparelho, instrumento ou qualquer objeto especialmente destinado à falsificação de moeda:
Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa.
Emissão de título ao portador sem permissão legal
Art. 292. Emitir, sem permissão legal, nota, bilhete, ficha, vale ou título que contenha promessa de pagamento em dinheiro ao portador ou a que falte indicação do nome da pessoa a quem deva ser pago:
Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.
Parágrafo único. Quem recebe ou utiliza como dinheiro qualquer dos documentos referidos neste artigo, incorre na pena de detenção, de quinze dias a três meses, ou multa.

CAPÍTULO II
DA FALSIDADE DE TÍTULOS E OUTROS PAPÉIS PÚBLICOS

Falsificação de papéis públicos
Art. 293. Falsificar, fabricando-os ou alterando-os:

I - selo destinado a controle tributário, papel selado ou qualquer papel de emissão legal destinado à arrecadação de tributo; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 11.035, de 22/12/2004)*
II - papel de crédito público que não seja moeda de curso legal;
III - vale postal;
IV - cautela de penhor, caderneta de depósito de caixa econômica ou de outro estabelecimento mantido por entidade de direito público;
V - talão, recibo, guia, alvará ou qualquer outro documento relativo a arrecadação de rendas públicas ou a depósito ou caução por que o poder público seja responsável;
VI - bilhete, passe ou conhecimento de empresa de transporte administrada pela União, por Estado ou por Município:
Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa.
§ 1º Incorre na mesma pena quem:
I - usa, guarda, possui ou detém qualquer dos papéis falsificados a que se refere este artigo;
II - importa, exporta, adquire, vende, troca, cede, empresta, guarda, fornece ou restitui à circulação selo falsificado destinado a controle tributário;
III - importa, exporta, adquire, vende, expõe à venda, mantém em depósito, guarda, troca, cede, empresta, fornece, porta ou, de qualquer forma, utiliza em proveito próprio ou alheio, no exercício de atividade comercial ou industrial, produto ou mercadoria:
a) em que tenha sido aplicado selo que se destine a controle tributário, falsificado;
b) sem selo oficial, nos casos em que a legislação tributária determina a obrigatoriedade de sua aplicação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.035, de 22/12/2004)*
§ 2º Suprimir, em qualquer desses papéis, quando legítimos, com o fim de torná-los novamente utilizáveis, carimbo ou sinal indicativo de sua inutilização:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
§ 3º Incorre na mesma pena quem usa, depois de alterado, qualquer dos papeis a que se refere o parágrafo anterior.
§ 4º Quem usa ou restitui à circulação, embora recebido de boa fé, qualquer dos papeis falsificados ou alterados, a que se referem este artigo e o seu § 2º, depois de conhecer a falsidade ou alteração, incorre na pena de detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.
§ 5º Equipara-se a atividade comercial, para os fins do inciso III do § 1º, qualquer forma de comércio irregular ou clandestino, inclusive o exercido em vias, praças ou outros logradouros públicos e em residências. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.035, de 22/12/2004)*

Petrechos de falsificação

Art. 294. Fabricar, adquirir, fornecer, possuir ou guardar objeto especialmente destinado à falsificação de qualquer dos papeis referidos no artigo anterior:
Pena - reclusão, de um a três anos, e multa.
Art. 295. Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte.

CAPÍTULO III
DA FALSIDADE DOCUMENTAL

Falsificação do selo ou sinal público

Art. 296. Falsificar, fabricando-os ou alterando-os:
I - selo público destinado a autenticar atos oficiais da União, de Estado ou de Município;
II - selo ou sinal atribuído por lei a entidade de direito público, ou a autoridade, ou sinal público de tabelião:
Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa.
§ 1º Incorre nas mesmas penas:
I - quem faz uso do selo ou sinal falsificado;
II - quem utiliza indevidamente o selo ou sinal verdadeiro em prejuízo de outrem ou em proveito próprio ou alheio.
III - quem altera, falsifica ou faz uso indevido de marcas, logotipos, siglas ou quaisquer outros símbolos utilizados ou identificadores de órgãos ou entidades da Administração Pública. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
§ 2º Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falsificação de documento público

Art. 297. Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro:
Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa.
§ 1º Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena de sexta parte.

§ 2º Para os efeitos penais, equiparam-se a documento público o emanado de entidade paraestatal, o título ao portador ou transmissível por endosso, as ações de sociedade comercial, os livros mercantis e o testamento particular.
§ 3º Nas mesmas penas incorre quem insere ou faz inserir:
I - na folha de pagamento ou em documento de informações que seja destinado a fazer prova perante a previdência social, pessoa que não possua a qualidade de segurado obrigatório;
II - na Carteira de Trabalho e Previdência Social do empregado ou em documento que deva produzir efeito perante a previdência social, declaração falsa ou diversa da que deveria ter sido escrita;
III - em documento contábil ou em qualquer outro documento relacionado com as obrigações da empresa perante a previdência social, declaração falsa ou diversa da que deveria ter constado. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
§ 4º Nas mesmas penas incorre quem omite, nos documentos mencionados no § 3º, nome do segurado e seus dados pessoais, a remuneração, a vigência do contrato de trabalho ou de prestação de serviços. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*

Falsificação de documento particular

Art. 298. Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.

Falsificação de cartão

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, equipara-se a documento particular o cartão de crédito ou débito. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 12.737, de 30/11/2012, publicada no DOU de 03/12/2012, em vigor 120 dias após a publicação)*

Falsidade ideológica

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão, de um a três anos, e multa, se o documento é particular.
Parágrafo único. Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registo civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra

Art. 300. Reconhecer, como verdadeira, no exercício de função pública, firma ou letra que o não seja:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público; e de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Certidão ou atestado ideologicamente falso

Art. 301 Atestar ou certificar falsamente, em razão de função pública, fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:
Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Falsidade material de atestado ou certidão

§ 1º Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:
Pena - detenção, de três meses a dois anos.
§ 2º Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se, além da pena privativa de liberdade, a multa.

Falsidade de atestado médico

Art. 302. Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso:
Pena - detenção, de um mês a um ano.
Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Reprodução ou adulteração de selo ou peça filatélica

Art. 303. Reproduzir ou alterar selo ou peça filatélica que tenha valor para coleção, salvo quando a reprodução ou a alteração está visivelmente anotada na face ou no verso do selo ou peça:
Pena - detenção, de um a três anos, e multa.
Parágrafo único. Na mesma pena incorre quem, para fins de comércio, faz uso do selo ou peça filatélica.

Uso de documento falso

Art. 304. Fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados, a que se referem os artigos 297 a 302:
Pena - a cominada à falsificação ou à alteração.

Supressão de documento

Art. 305. Destruir, suprimir ou ocultar, em benefício próprio ou de outrem, ou em prejuízo alheio, documento público ou particular verdadeiro, de que não podia dispor:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, se o documento é público, e reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é particular.

CAPÍTULO IV
DE OUTRAS FALSIDADES

Falsificação do sinal empregado no contraste de metal preciosa ou na fiscalização alfandegária, ou para outros fins

Art. 306. Falsificar, fabricando-o ou alterando-o, marca ou sinal empregado pelo poder público no contraste de metal precioso ou na fiscalização alfandegária, ou usar marca ou sinal dessa natureza, falsificado por outrem:

Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa.

Parágrafo único. Se a marca ou sinal falsificado é o que usa a autoridade pública para o fim de fiscalização sanitária, ou para autenticar ou encerrar determinados objetos, ou comprovar o cumprimento de formalidade legal:

Pena - reclusão ou detenção, de um a três anos, e multa.

Falsa identidade

Art. 307. Atribuir-se ou atribuir a terceiro falsa identidade para obter vantagem, em proveito próprio ou alheio, ou para causar dano a outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa, se o fato não constitui elementos de crime mais grave.

Art. 308. Usar, como próprio, passaporte, título de eleitor, caderneta de reservista ou qualquer documento de identidade alheia ou ceder a outrem, para que dele se utilize, documento dessa natureza, próprio ou de terceiro:

Pena - detenção, de quatro meses a dois anos, e multa, se o fato não constitui elemento de crime mais grave.

Fraude de lei sobre estrangeiro

Art. 309. Usar o estrangeiro, para entrar ou permanecer no território nacional, nome que não é o seu:

Pena - detenção, de um a três anos, e multa.

Parágrafo único. Atribuir a estrangeiro falsa qualidade para promover-lhe a entrada em território nacional:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

Art. 310. Prestar-se a figurar como proprietário ou possuidor de ação, título ou valor pertencente a estrangeiro, nos casos em que a este é vedada por lei a propriedade ou a posse de tais bens:

Pena - detenção, de seis meses a três anos, e multa. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

Adulteração de sinal identificador de veículo automotor

Art. 311. Adulterar ou remarcar número de chassi ou qualquer sinal identificador de veículo automotor, de seu componente ou equipamento:

Pena - reclusão, de três a seis anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

§ 1º Se o agente comete o crime no exercício da função pública ou em razão dela, a pena é aumentada de um terço. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

§ 2º Incorre nas mesmas penas o funcionário público que contribui para o licenciamento ou registro do veículo remarcado ou adulterado, fornecendo indevidamente material ou informação oficial. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.426, de 24/12/1996)*

CAPÍTULO V
DAS FRAUDES EM CERTAMES DE INTERESSE PÚBLICO
(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.550, de 15/12/2011)

Fraudes em certames de interesse público

Art. 311-A. Utilizar ou divulgar, indevidamente, com o fim de beneficiar a si ou a outrem, ou de comprometer a credibilidade do certame, conteúdo sigiloso de:

I - concurso público;

II - avaliação ou exame públicos;

III - processo seletivo para ingresso no ensino superior; ou

IV - exame ou processo seletivo previstos em lei:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem permite ou facilita, por qualquer meio, o acesso de pessoas não autorizadas às informações mencionadas no *caput*.

§ 2º Se da ação ou omissão resulta dano à administração pública:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 3º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se o fato é cometido por funcionário público. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.550, de 15/12/2011)*

TÍTULO XI
DOS CRIMES CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CAPÍTULO I
DOS CRIMES PRATICADOS POR FUNCIONÁRIO PÚBLICO
CONTRA A ADMINISTRAÇÃO EM GERAL

Peculato
Art. 312. Apropriar-se o funcionário público de dinheiro, valor ou qualquer outro bem móvel, público ou particular, de que tem a posse em razão do cargo, ou desviá-lo, em proveito próprio ou alheio:
Pena - reclusão, de dois a doze anos, e multa.
§ 1º Aplica-se a mesma pena, se o funcionário público, embora não tendo a posse do dinheiro, valor ou bem, o subtrai, ou concorre para que seja subtraído, em proveito próprio ou alheio, valendo-se de facilidade que lhe proporciona a qualidade de funcionário.
Peculato culposo
§ 2º Se o funcionário concorre culposamente para o crime de outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano.
§ 3º No caso do parágrafo anterior, a reparação do dano, se precede a sentença irrecorrível, extingue a punibilidade; se lhe é posterior, reduz de metade a pena imposta.
Peculato mediante erro de outrem
Art. 313. Apropriar-se de dinheiro ou qualquer utilidade que, no exercício do cargo, recebeu por erro de outrem:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.
Inserção de dados falsos em sistema de informações
Art. 313-A. Inserir ou facilitar, o funcionário autorizado, a inserção de dados falsos, alterar ou excluir indevidamente dados corretos nos sistemas informatizados ou bancos de dados da Administração Pública com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem ou para causar dano;
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 12 (doze) anos, e multa. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
Modificação ou alteração não autorizada de sistema de informações
Art. 313-B. Modificar ou alterar, o funcionário, sistema de informações ou programa de informática sem autorização ou solicitação de autoridade competente:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 2 (dois) anos, e multa.
Parágrafo único. As penas são aumentadas de um terço até a metade se da modificação ou alteração resulta dano para a Administração Pública ou para o administrado. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
Extravio, sonegação ou inutilização de livro ou documento
Art. 314. Extraviar livro oficial ou qualquer documento, de que tem a guarda em razão do cargo; sonegá-lo ou inutilizá-lo, total ou parcialmente:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, se o fato não constitui crime mais grave.
Emprego irregular de verbas ou rendas públicas
Art. 315. Dar às verbas ou rendas públicas aplicação diversa da estabelecida em lei:
Pena - detenção, de um a três meses, ou multa.
Concussão
Art. 316. Exigir, para si ou para outrem, direta ou indiretamente, ainda que fora da função ou antes de assumi-la, mas em razão dela, vantagem indevida:
Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa.
Excesso de exação
§ 1º Se o funcionário exige tributo ou contribuição social que sabe ou deveria saber indevido, ou, quando devido, emprega na cobrança meio vexatório ou gravoso, que a lei não autoriza;
Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos, e multa. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 8.137, de 27/12/1990)*
§ 2º Se o funcionário desvia, em proveito próprio ou de outrem, o que recebeu indevidamente para recolher aos cofres públicos:
Pena - reclusão, de dois a doze anos, e multa.
Corrupção passiva
Art. 317. Solicitar ou receber, para si ou para outrem, direta ou indiretamente, ainda que fora da função ou antes de assumí-la, mas em razão dela, vantagem indevida, ou aceitar promessa de tal vantagem:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 12 (doze) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.763, de 12/11/2003)*
§ 1º A pena é aumentada de um terço, se, em conseqüência da vantagem ou promessa, o funcionário retarda ou deixa de praticar qualquer ato de ofício ou o pratica infringindo dever funcional.
§ 2º Se o funcionário pratica, deixa de praticar ou retarda ato de ofício, com infração de dever funcional, cedendo a pedido ou influência de outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Facilitação de contrabando ou descaminho
Art. 318. Facilitar, com infração de dever funcional, a prática de contrabando ou descaminho (art. 334):
Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.137, de 27/12/1990)*
Prevaricação
Art. 319. Retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício, ou praticá-lo contra disposição expressa de lei, para satisfazer interesse ou sentimento pessoal:
Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.
Art. 319-A. Deixar o Diretor de Penitenciária e/ou agente público, de cumprir seu dever de vedar ao preso o acesso a aparelho telefônico, de rádio ou similar, que permita a comunicação com outros presos ou com o ambiente externo:
Pena: detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano. *(Artigo acrescido pela Lei nº 11.466, de 28/3/2007)*
Condescendência criminosa
Art. 320. Deixar o funcionário, por indulgência, de responsabilizar subordinado que cometeu infração no exercício do cargo ou, quando lhe falte competência, não levar o fato ao conhecimento da autoridade competente:
Pena - detenção, de quinze dias a um mês, ou multa.
Advocacia administrativa
Art. 321. Patrocinar, direta ou indiretamente, interesse privado perante a administração pública, valendo-se da qualidade de funcionário:
Pena - detenção de um a três mêses, ou multa.
Parágrafo único. Se o interesse é ilegítimo:
Pena - detenção de três meses a um ano, além da multa.
Violência arbitrária
Art. 322. Praticar violência no exercício de função ou a pretexto de exercê-la:
Pena - detenção, de seis meses a três anos, além da pena correspondente à violência.
Abandono de função
Art. 323. Abandonar cargo público, fora dos casos permitidos em lei:
Pena - detenção, de quinze dias a um mês, ou multa.
§ 1º Se do fato resulta prejuízo público:
Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.
§ 2º Se o fato ocorre em lugar compreendido na faixa de fronteira:
Pena - detenção de um a três anos, e multa.
Exercício funcional ilegalmente antecipado ou prolongado
Art. 324. Entrar no exercício de função pública antes de satisfeitas as exigências legais, ou continuar a exercê-la, sem autorização, depois de saber oficialmente que foi exonerado, removido, substituído ou suspenso:
Pena - detenção, de quinze dias a um mês, ou multa.
Violação de sigilo funcional
Art. 325. Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa, se o fato não constitui crime mais grave.
§ 1º Nas mesmas penas deste artigo incorre quem:
I - permite ou facilita, mediante atribuição, fornecimento e empréstimo de senha ou qualquer outra forma, o acesso de pessoas não autorizadas a sistemas de informações ou banco de dados da Administração Pública;
II - se utiliza, indevidamente, do acesso restrito. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
§ 2º Se da ação ou omissão resulta dano à Administração Pública ou a outrem:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
Violação do sigilo de proposta de concorrência
Art. 326. Devassar o sigilo de proposta de concorrência pública, ou proporcionar a terceiro o ensejo de devassá-lo:
Pena - detenção, de três meses um ano, e multa.
Funcionário público
Art. 327. Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública.
§ 1º Equipara-se a funcionário público quem exerce cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, e quem trabalha para empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública. *(Parágrafo único transformado em § 1º pela Lei nº 6.799, de 23/6/1980 e com nova redação dada pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*
§ 2º A pena será aumentada da terça parte quando os autores dos crimes previstos neste capítulo forem ocupantes

de cargos em comissão ou de função de direção ou assessoramento de órgão da administração direta, sociedade de economia mista, empresa pública ou fundação instituída pelo poder público. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 6.799, de 23/6/1980)*

CAPÍTULO II
DOS CRIMES PRATICADOS POR PARTICULAR
CONTRA A ADMINISTRAÇÃO EM GERAL

Usurpação de função pública
Art. 328. Usurpar o exercício de função pública:
Pena - detenção, de três meses a dois anos, e multa.
Parágrafo único. Se do fato o agente aufere vantagem:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos, e multa.
Resistência
Art. 329. Opor-se à execução de ato legal, mediante violência ou ameaça a funcionário competente para executá-lo ou a quem lhe esteja prestando auxílio:
Pena - detenção, de dois meses a dois anos.
§ 1º Se o ato, em razão da resistência, não se executa:
Pena - reclusão, de um a três anos.
§ 2º As penas deste artigo são aplicáveis sem prejuízo das correspondentes à violência.
Desobediência
Art. 330. Desobedecer a ordem legal de funcionário público:
Pena - detenção, de quinze dias a seis meses, e multa.
Desacato
Art. 331. Desacatar funcionário público no exercício da função ou em razão dela:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.
Tráfico de influência
Art. 332. Solicitar, exigir, cobrar ou obter, para si ou para outrem, vantagem ou promessa de vantagem, a pretexto de influir em ato praticado por funcionário público no exercício da função.
Pena - Reclusão, de dois a cinco anos, e multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada da metade, se o agente alega ou insinua que a vantagem é também destinada ao funcionário. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 9.127, de 16/11/1995)*
Corrupção ativa
Art. 333. Oferecer ou prometer vantagem indevida a funcionário público, para determiná-lo a praticar, omitir ou retardar ato de ofício:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 12 (doze) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.763, de 12/11/2003)*
Parágrafo único. A pena é aumentada de um terço, se, em razão da vantagem ou promessa, o funcionário retarda ou omite ato de ofício, ou o pratica infringindo dever funcional.
Descaminho
Art. 334. Iludir, no todo ou em parte, o pagamento de direito ou imposto devido pela entrada, pela saída ou pelo consumo de mercadoria:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.
§ 1º Incorre na mesma pena quem:
I - pratica navegação de cabotagem, fora dos casos permitidos em lei;
II - pratica fato assimilado, em lei especial, a descaminho;
III - vende, expõe à venda, mantém em depósito ou, de qualquer forma, utiliza em proveito próprio ou alheio, no exercício de atividade comercial ou industrial, mercadoria de procedência estrangeira que introduziu clandestinamente no País ou importou fraudulentamente ou que sabe ser produto de introdução clandestina no território nacional ou de importação fraudulenta por parte de outrem;
IV - adquire, recebe ou oculta, em proveito próprio ou alheio, no exercício de atividade comercial ou industrial, mercadoria de procedência estrangeira, desacompanhada de documentação legal ou acompanhada de documentos que sabe serem falsos.
§ 2º Equipara-se às atividades comerciais, para os efeitos deste artigo, qualquer forma de comércio irregular ou clandestino de mercadorias estrangeiras, inclusive o exercido em residências.
§ 3° A pena aplica-se em dobro se o crime de descaminho é praticado em transporte aéreo, marítimo ou fluvial. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 13.008, de 26/6/2014)*
Contrabando
Art. 334-A. Importar ou exportar mercadoria proibida:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.
§ 1º Incorre na mesma pena quem:
I - pratica fato assimilado, em lei especial, a contrabando;
II - importa ou exporta clandestinamente mercadoria que dependa de registro, análise ou autorização de órgão público competente;
III - reinsere no território nacional mercadoria brasileira destinada à exportação;
IV - vende, expõe à venda, mantém em depósito ou, de qualquer forma, utiliza em proveito próprio ou alheio, no exercício de atividade comercial ou industrial, mercadoria proibida pela lei brasileira;
V - adquire, recebe ou oculta, em proveito próprio ou alheio, no exercício de atividade comercial ou industrial, mercadoria proibida pela lei brasileira.
§ 2º Equipara-se às atividades comerciais, para os efeitos deste artigo, qualquer forma de comércio irregular ou clandestino de mercadorias estrangeiras, inclusive o exercido em residências.
§ 3º A pena aplica-se em dobro se o crime de contrabando é praticado em transporte aéreo, marítimo ou fluvial. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.008, de 26/6/2014)*

Impedimento, perturbação ou fraude de concorrência
Art. 335. Impedir, perturbar ou fraudar concorrência pública ou venda em hasta pública, promovida pela administração federal, estadual ou municipal, ou por entidade paraestatal; afastar ou procurar afastar concorrente ou licitante, por meio de violência, grave ameaça, fraude ou oferecimento de vantagem:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, ou multa além da pena correspondente à violência.
Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem se abstém de concorrer ou licitar, em razão da vantagem oferecida.

Inutilização de edital ou de sinal
Art. 336. Rasgar ou, de qualquer forma inutilizar ou conspurcar edital afixado por ordem de funcionário público; violar ou inutilizar selo ou sinal empregado, por determinação legal ou por ordem de funcionário público, para identificar ou cerrar qualquer objeto:
Pena - detenção, de um mês a um ano, ou multa.

Subtração ou inutilização de livro ou documento
Art. 337. Subtrair, ou inutilizar, total ou parcialmente, livro oficial, processo ou documento confiado à custódia de funcionário, em razão de ofício ou de particular em serviço público:
Pena - reclusão, de dois a cinco anos, se o fato não constitue crime grave.

Sonegação de contribuição previdenciária
Art. 337-A. Suprimir ou reduzir contribuição social previdenciária e qualquer acessório, mediante as seguintes condutas:
I - omitir de folha de pagamento da empresa ou de documento de informações previsto pela legislação previdenciária segurados empregado, empresário, trabalhador avulso ou trabalhador autônomo ou a este equiparado que lhe prestem serviços;
II - deixar de lançar mensalmente nos títulos próprios da contabilidade da empresa as quantias descontadas dos segurados ou as devidas pelo empregador ou pelo tomador de serviços;
III - omitir, total ou parcialmente, receitas ou lucros auferidos, remunerações pagas ou creditadas e demais fatos geradores de contribuições sociais previdenciárias:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.
§ 1º É extinta a punibilidade se o agente, espontaneamente, declara e confessa as contribuições, importâncias ou valores e presta as informações devidas à previdência social, na forma definida em lei ou regulamento, antes do início da ação fiscal.
§ 2º É facultado ao juiz deixar de aplicar a pena ou aplicar somente a de multa se o agente for primário e de bons antecedentes, desde que:
I - (VETADO)
II - o valor das contribuições devidas, inclusive acessórios, seja igual ou inferior àquele estabelecido pela previdência social administrativamente, como sendo o mínimo para o ajuizamento de suas execuções fiscais.
§ 3º Se o empregador não é pessoa jurídica e sua folha de pagamento mensal não ultrapassa R$ 1.510,00 (um mil, quinhentos e dez reais), o juiz poderá reduzir a pena de um terço até a metade ou aplicar apenas a de multa.
§ 4º O valor a que se refere o parágrafo anterior será reajustado nas mesmas datas e nos mesmos índices do reajuste dos benefícios da previdência social. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.983, de 14/7/2000)*

CAPÍTULO II-A
DOS CRIMES PRATICADOS POR PARTICULAR CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTRANGEIRA
(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.467, de 11/6/2002)

Corrupção ativa em transação comercial internacional
Art. 337-B. Prometer, oferecer ou dar, direta ou indiretamente, vantagem indevida a funcionário público estrangeiro, ou a terceira pessoa, para determiná-lo a praticar, omitir ou retardar ato de ofício relacionado à transação comercial internacional:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 8 (oito) anos, e multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada de 1/3 (um terço), se, em razão da vantagem ou promessa, o funcionário público estrangeiro retarda ou omite o ato de ofício, ou o pratica infringindo dever funcional. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.467, de 11/6/2002)*
Tráfico de influência em transação comercial internacional
Art. 337-C. Solicitar, exigir, cobrar ou obter, para si ou para outrem, direta ou indiretamente, vantagem ou promessa de vantagem a pretexto de influir em ato praticado por funcionário público estrangeiro no exercício de suas funções, relacionado a transação comercial internacional:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada da metade, se o agente alega ou insinua que a vantagem é também destinada a funcionário estrangeiro. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.467, de 11/6/2002)*
Funcionário público estrangeiro
Art. 337-D. Considera-se funcionário público estrangeiro, para os efeitos penais, quem, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública em entidades estatais ou em representações diplomáticas de país estrangeiro.
Parágrafo único. Equipara-se a funcionário público estrangeiro quem exerce cargo, emprego ou função em empresas controladas, diretamente ou indiretamente, pelo Poder Público de país estrangeiro ou em organizações públicas internacionais. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.467, de 11/6/2002)*

CAPÍTULO III
DOS CRIMES CONTRA A ADMINISTRAÇÃO DA JUSTIÇA

Reingresso de estrangeiro expulso
Art. 338. Reingressar no território nacional o estrangeiro que dele foi expulso:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, sem prejuízo de nova expulsão após o cumprimento da pena.
Denunciação caluniosa
Art. 339. Dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa, inquérito civil ou ação de improbidade administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente:
Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
§ 1º A pena é aumentada de sexta parte, se o agente se serve de anonimato ou de nome suposto.
§ 2º A pena é diminuída de metade, se a imputação é de prática de contravenção.
Comunicação falsa de crime ou de contravenção
Art. 340. Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:
Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.
Auto-acusação falsa
Art. 341. Acusar-se, perante a autoridade, de crime inexistente ou praticado por outrem:
Pena - detenção, de três meses a dois anos, ou multa.
Falso testemunho ou falsa perícia
Art. 342. Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade, como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral:
Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 10.268, de 28/8/2001, e pena com redação dada pela Lei nº 12.850, de 2/8/2013, publicada no DOU Edição Extra de 5/8/2013, em vigor 45 dias após a publicação)*
§ 1º As penas aumentam-se de um sexto a um terço, se o crime é praticado mediante suborno ou se cometido com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal, ou em processo civil em que for parte entidade da administração pública direta ou indireta. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.268, de 28/8/2001)*
§ 2º O fato deixa de ser punível se, antes da sentença no processo em que ocorreu o ilícito, o agente se retrata ou declara a verdade. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.268, de 28/8/2001)*
Art. 343. Dar, oferecer ou prometer dinheiro ou qualquer outra vantagem a testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete, para fazer afirmação falsa, negar ou calar a verdade em depoimento, perícia, cálculos, tradução ou interpretação:

Pena - reclusão, de três a quatro anos, e multa.
Parágrafo único. As penas aumentam-se de um sexto a um terço, se o crime é cometido com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal ou em processo civil em que for parte entidade da administração pública direta ou indireta. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 10.268, de 28/8/2001)*

Coação no curso do processo

Art. 344. Usar de violência ou grave ameaça, com o fim de favorecer interesse próprio ou alheio, contra autoridade, parte, ou qualquer outra pessoa que funciona ou é chamada a intervir em processo judicial, policial ou administrativo, ou em juízo arbitral:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa, além da pena correspondente à violência.

Exercício arbitrário das próprias razões

Art. 345. Fazer justiça pelas próprias mãos, para satisfazer pretensão, embora legítima, salvo quando a lei o permite:
Pena - detenção, de quinze dias a um mês, ou multa, além da pena correspondente à violência.
Parágrafo único. Se não há emprego de violência, somente se procede mediante queixa.
Art. 346. Tirar, suprimir, destruir ou danificar coisa própria, que se acha em poder de terceiro por determinação judicial ou convenção:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Fraude processual

Art. 347. Inovar artificiosamente, na pendência de processo civil ou administrativo, o estado de lugar, de coisa ou de pessoa, com o fim de induzir a erro o juiz ou o perito:
Pena - detenção, de três meses a dois anos, e multa.
Parágrafo único. Se a inovação se destina a produzir efeito em processo penal, ainda que não iniciado, as penas aplicam-se em dobro.

Favorecimento pessoal

Art. 348. Auxiliar a subtrair-se à ação de autoridade pública autor de crime a que é cominada pena de reclusão:
Pena - detenção, de um a seis meses, e multa.
§ 1º Se ao crime não é cominada pena de reclusão:
Pena - detenção, de quinze dias a três meses, e multa.
§ 2º Se quem presta o auxílio é ascendente, descendente, cônjuge ou irmão do criminoso, fica isento de pena.

Favorecimento real

Art. 349. Prestar a criminoso, fora dos casos de co-autoria ou de receptação, auxílio destinado a tornar seguro o proveito do crime:
Pena - detenção, de um a seis meses, e multa.
Art. 349-A. Ingressar, promover, intermediar, auxiliar ou facilitar a entrada de aparelho telefônico de comunicação móvel, de rádio ou similar, sem autorização legal, em estabelecimento prisional.
Pena: detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.012, de 6/8/2009)*

Exercício arbitrário ou abuso de poder

Art. 350. Ordenar ou executar medida privativa de liberdade individual, sem as formalidades legais ou com abuso de poder:
Pena - detenção, de um mês a um ano.
Parágrafo único. Na mesma pena incorre o funcionário que:
I - ilegalmente recebe e recolhe alguém a prisão, ou a estabelecimento destinado a execução de pena privativa de liberdade ou de medida de segurança;
II - prolonga a execução de pena ou de medida de segurança, deixando de expedir em tempo oportuno ou de executar imediatamente a ordem de liberdade;
III - submete pessoa que está sob sua guarda ou custódia a vexame ou a constrangimento não autorizado em lei;
IV - efetua, com abuso de poder, qualquer diligência.

Fuga de pessoa presa ou submetida a medida de segurança

Art. 351. Promover ou facilitar a fuga de pessoa legalmente presa ou submetida a medida de segurança detentiva:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos.
§ 1º Se o crime é praticado à mão armada, ou por mais de uma pessoa, ou mediante arrombamento, a pena é de reclusão, de dois a seis anos.
§ 2º Se há emprego de violência contra pessoa, aplica-se também a pena correspondente à violência.
§ 3º A pena é de reclusão, de um a quatro anos, se o crime é praticado por pessoa sob cuja custódia ou guarda está o preso ou o internado.
§ 4º No caso de culpa do funcionário incumbido da custódia ou guarda, aplica-se a pena de detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Evasão mediante violência contra a pessoa

Art. 352. Evadir-se ou tentar evadir-se o preso ou o indivíduo submetido a medida de segurança detentiva, usando de violência contra a pessoa:
Pena - detenção de três meses a um ano, além da pena correspondente à violência.
Arrebatamento de preso
Art. 353. Arrebatar preso, afim de maltratá-lo, do poder de quem o tenha sob custódia ou guarda:
Pena - reclusão, de um a quatro anos, além da pena correspondente à violência.
Motim de preso
Art. 354. Amotinarem-se presos, perturbando a ordem ou disciplina da prisão:
Pena - detenção, de seis meses a dois anos, além da pena correspondente à violência.
Patrocínio infiel
Art. 355. Trair, na qualidade de advogado ou procurador, o dever profissional, prejudicando interesse, cujo patrocínio, em juízo, lhe é confiado:
Pena - detenção, de seis meses a três anos e multa.

Patrocínio simultâneo ou tergiversação
Parágrafo único. Incorre na pena deste artigo o advogado ou procurador judicial que defende na mesma causa, simultânea ou sucessivamente, partes contrárias.
Sonegação de papel ou objeto de valor probatório
Art. 356. Inutilizar, total ou parcialmente, ou deixar de restituir autos, documento ou objeto de valor probatório, que recebeu na qualidade de advogado ou procurador:
Pena - detenção, de seis meses a três anos, e multa.
Exploração de prestígio
Art. 357. Solicitar ou receber dinheiro ou qualquer outra utilidade, a pretexto de influir em juiz, jurado, órgão do ministério público, funcionário de justiça, perito, tradutor, intérprete ou testemunha:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.
Parágrafo único. As penas aumentam-se de um terço, se o agente alega ou insinua que o dinheiro ou utilidade também se destina a qualquer das pessoas referidas neste artigo.
Violência ou fraude em arrematação judicial
Art. 358. Impedir, perturbar ou fraudar arrematação judicial; afastar ou procurar afastar concorrente ou licitante, por meio de violência, grave ameaça, fraude ou oferecimento de vantagem:
Pena - detenção de dois meses a um ano, ou multa, além da pena correspondente à violência.
Desobediência a decisão judicial sobre perda ou suspensão de direito
Art. 359. Exercer função, atividade, direito, autoridade ou múnus, de que foi suspenso ou privado por decisão judicial:
Pena - detenção, de três meses a dois anos, ou multa.

CAPÍTULO IV
DOS CRIMES CONTRA AS FINANÇAS PÚBLICAS
(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)

Contratação de operação de crédito
Art. 359-A. Ordenar, autorizar ou realizar operação de crédito, interno ou externo, sem prévia autorização legislativa:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 2 (dois) anos.
Parágrafo único. Incide na mesma pena quem ordena, autoriza ou realiza operação de crédito, interno ou externo:
I - com inobservância de limite, condição ou montante estabelecido em lei ou em resolução do Senado Federal;
II - quando o montante da dívida consolidada ultrapassa o limite máximo autorizado por lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Inscrição de despesas não empenhadas em restos a pagar.
Art. 359-B. Ordenar ou autorizar a inscrição em restos a pagar, de despesa que não tenha sido previamente empenhada ou que exceda limite estabelecido em lei:
Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Assunção de obrigação no último ano do mandato ou legislatura
Art. 359-C. Ordenar ou autorizar a assunção de obrigação, nos dois últimos quadrimestres do último ano do mandato ou legislatura, cuja despesa não possa ser paga no mesmo exercício financeiro ou, caso reste parcela a ser paga no exercício seguinte, que não tenha contrapartida suficiente de disponibilidade de caixa:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Ordenação de despesa não autorizada

Art. 359-D. Ordenar despesa não autorizada por lei:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Prestação de garantia graciosa
Art. 359-E. Prestar garantia em operação de crédito sem que tenha sido constituída contragarantia em valor igual ou superior ao valor da garantia prestada, na forma da lei:
Pena - detenção, de 3(três) meses a 1 (um) ano. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Não cancelamento de restos a pagar
Art. 359-F. Deixar de ordenar, de autorizar ou de promover o cancelamento do montante de restos a pagar inscrito em valor superior ao permitido em lei:
Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Aumento de despesa total com pessoal no último ano do mandato ou legislatura
Art. 359-G. Ordenar, autorizar ou executar ato que acarrete aumento de despesa total com pessoal, nos cento e oitenta dias anteriores ao final do mandato ou da legislatura:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*
Oferta pública ou colocação de títulos no mercado
Art. 359-H. Ordenar, autorizar ou promover a oferta pública ou a colocação no mercado financeiro de títulos da dívida pública sem que tenham sido criados por lei ou sem que estejam registrados em sistema centralizado de liquidação e de custódia:
Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.028, de 19/10/2000)*

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 360. Ressalvada a legislação especial sobre os crimes contra a existência, a segurança e a integridade do Estado e contra a guarda e o emprego da economia popular, os crimes de imprensa e os de falência, os de responsabilidade do Presidente da República e dos Governadores ou Interventores, e os crimes militares, revogam-se as disposições em contrário.
Art. 361. Este Código entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 1942.

Rio de Janeiro, 7 de dezembro de 1940; 119 da Independência e 52
º da República.

GETÚLIO VARGAS
Francisco Campos

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. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o

reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....
.....

LEI Nº 556, DE 25 DE JUNHO DE 1850.
Código Comercial do Império do Brasil

Dom Pedro Segundo, por graça de Deus e unânime aclamação dos povos, Imperador Constitucional e defensor perpétuo do Brasil:
Fazemos saber a todos os nossos súditos, que a Assembléia Geral decretou, e nós queremos, a Lei seguinte:

PARTE I
DO COMÉRCIO EM GERAL

Arts. 1º ao 456 *(Revogados pela Lei nº 10.406, de 10/1/2002)*

PARTE II
DO COMÉRCIO MARÍTIMO

TÍTULO I
DAS EMBARCAÇÕES

Art. 457. Somente podem gozar das prerrogativas e favores concedidos a embarcações brasileiras, as que verdadeiramente pertencerem a súditos do Império, sem que algum estrangeiro nelas possua parte ou interesse.
Provando-se que alguma embarcação, registrada debaixo do nome de brasileiro, pertence no todo ou em parte a estrangeiro, ou que este tem nela algum interesse, será apreendida como perdida; e metade do seu produto aplicado para o denunciante, havendo-o, e a outra metade a favor do cofre do Tribunal do Comércio respectivo.
Os súditos brasileiros domiciliados em país estrangeiro não podem possuir embarcação brasileira; salvo se nela for comparte alguma casa comercial brasileira estabelecida no Império.
Art. 458. Acontecendo que alguma embarcação brasileira passe por algum título domínio de estrangeiro no todo ou em parte, não poderá navegar com a natureza de propriedade brasileira, enquanto não for alienada a súdito do Império.

.....
.....

LEI Nº 4.594, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1964
Regula a profissão de corretor de seguros.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DO CORRETOR DE SEGUROS E DA SUA HABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Art. 1º O corretor de seguros, seja pessoa física ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, admitidos pela legislação vigente, entre as Sociedades de Seguros e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado.
Art. 2º O exercício da profissão de corretor de seguros depende da prévia obtenção do título de habilitação, o qual será concedido pelo Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização, nos termos desta Lei.
Parágrafo único. O número de corretores de seguro é ilimitado.
.....

.....

LEI Nº 13.105, DE 16 DE MARÇO DE 2015

Código de Processo Civil.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

PARTE ESPECIAL

LIVRO I
DO PROCESSO DE CONHECIMENTO E DO CUMPRIMENTO DE SENTENÇA

....

TÍTULO III
DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

.....

CAPÍTULO XV
DOS PROCEDIMENTOS DE JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA

Seção I
Disposições Gerais

.....

Art. 722. A Fazenda Pública será sempre ouvida nos casos em que tiver interesse.
Art. 723. O juiz decidirá o pedido no prazo de 10 (dez) dias.
Parágrafo único. O juiz não é obrigado a observar critério de legalidade estrita, podendo adotar em cada caso a solução que considerar mais conveniente ou oportuna.
Art. 724. Da sentença caberá apelação.
Art. 725. Processar-se-á na forma estabelecida nesta Seção o pedido de:
I - emancipação;
II - sub-rogação;
III - alienação, arrendamento ou oneração de bens de crianças ou adolescentes, de órfãos e de interditos;
IV - alienação, locação e administração da coisa comum;
V - alienação de quinhão em coisa comum;
VI - extinção de usufruto, quando não decorrer da morte do usufrutuário, do termo da sua duração ou da consolidação, e de fideicomisso, quando decorrer de renúncia ou quando ocorrer antes do evento que caracterizar a condição resolutória;
VII - expedição de alvará judicial;
VIII - homologação de autocomposição extrajudicial, de qualquer natureza ou valor.
Parágrafo único. As normas desta Seção aplicam-se, no que couber, aos procedimentos regulados nas seções seguintes.

Seção II
Da Notificação e da Interpelação

Art. 726. Quem tiver interesse em manifestar formalmente sua vontade a outrem sobre assunto juridicamente relevante poderá notificar pessoas participantes da mesma relação jurídica para dar-lhes ciência de seu propósito.
§ 1º Se a pretensão for a de dar conhecimento geral ao público, mediante edital, o juiz só a deferirá se a tiver por fundada e necessária ao resguardo de direito.
§ 2º Aplica-se o disposto nesta Seção, no que couber, ao protesto judicial.
Art. 727. Também poderá o interessado interpelar o requerido, no caso do art. 726, para que faça ou deixe de fazer o que o requerente entenda ser de seu direito.
Art. 728. O requerido será previamente ouvido antes do deferimento da notificação ou do respectivo edital:
I - se houver suspeita de que o requerente, por meio da notificação ou do edital, pretende alcançar fim ilícito;

II - se tiver sido requerida a averbação da notificação em registro público.
Art. 729. Deferida e realizada a notificação ou interpelação, os autos serão entregues ao requerente.

Seção III
Da Alienação Judicial

Art. 730. Nos casos expressos em lei, não havendo acordo entre os interessados sobre o modo como se deve realizar a alienação do bem, o juiz, de ofício ou a requerimento dos interessados ou do depositário, mandará aliená-lo em leilão, observando-se o disposto na Seção I deste Capítulo e, no que couber, o disposto nos arts. 879 a 903.

.....
.....

RESOLUÇÃO-RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 19 de outubro de 2000 e considerando o disposto no inciso VI do art. 8º da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.
Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.
Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:
I - hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:
a) da operadora;
b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
c) de entidade ou empresa controladora da operadora;
II - médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO V
DAS PRÁTICAS COMERCIAIS

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 29. Para os fins deste Capítulo e do seguinte, equiparam-se aos consumidores todas as pessoas determináveis ou não, expostas às práticas nele previstas.

Seção II
Da Oferta

Art. 30. Toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e integra o contrato que vier a ser celebrado.
Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia,

prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.
Parágrafo único. As informações de que trata este artigo, nos produtos refrigerados oferecidos ao consumidor, serão gravadas de forma indelével. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 11. 989, de 27/7/2009, publicada no DOU de 28/7/2009, em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação)*
Art. 32. Os fabricantes e importadores deverão assegurar a oferta de componentes e peças de reposição enquanto não cessar a fabricação ou importação do produto.
Parágrafo único. Cessadas a produção ou importação, a oferta deverá ser mantida por período razoável de tempo, na forma da lei.
Art. 33. Em caso de oferta ou venda por telefone ou reembolso postal, deve constar o nome do fabricante e endereço na embalagem, publicidade e em todos os impressos utilizados na transação comercial.
Parágrafo único. É proibida a publicidade de bens e serviços por telefone, quando a chamada for onerosa ao consumidor que a origina. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 11.800, de 29/10/2008)*
Art. 34. O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos.
Art. 35. Se o fornecedor de produtos ou serviços recusar cumprimento à oferta, apresentação ou publicidade, o consumidor poderá, alternativamente e à sua livre escolha:
I - exigir o cumprimento forçado da obrigação, nos termos da oferta, apresentação ou publicidade;
II - aceitar outro produto ou prestação de serviço equivalente;
III - rescindir o contrato, com direito à restituição de quantia eventualmente antecipada, monetariamente atualizada, e a perdas e danos.

Seção III
Da Publicidade

Art. 36. A publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal.
Parágrafo único. O fornecedor, na publicidade de seus produtos ou serviços, manterá, em seu poder, para informação dos legítimos interessados, os dados fáticos, técnicos e científicos que dão sustentação à mensagem.
Art. 37. É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.
§ 1º É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.
§ 2º É abusiva, dentre outras a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeita valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.
§ 3º Para os efeitos deste código, a publicidade é enganosa por omissão quando deixar de informar sobre dado essencial do produto ou serviço.
§ 4º (VETADO).
Art. 38. O ônus da prova da veracidade e correção da informação ou comunicação publicitária cabe a quem as patrocina.

Seção IV
Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;
II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;
III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;
IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;
V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;
VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;
VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;

VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);
IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
XI - *Dispositivo acrescido pela Medida Provisória nº 1.890-67, de 22/10/1999, transformado em inciso XIII, em sua conversão na Lei nº 9.870, de 23/11/1999*
XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.870, de 23/11/1999)*
Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.
Art. 40. O fornecedor de serviço será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio discriminando o valor da mão-de-obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços.
§ 1º Salvo estipulação em contrário, o valor orçado terá validade pelo prazo de dez dias, contado de seu recebimento pelo consumidor.
§ 2º Uma vez aprovado pelo consumidor, o orçamento obriga os contraentes e somente pode ser alterado mediante livre negociação das partes.
§ 3º O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos decorrentes da contratação de serviços de terceiros não previstos no orçamento prévio.
Art. 41. No caso de fornecimento de produtos ou de serviços sujeitos ao regime de controle ou de tabelamento de preços, os fornecedores deverão respeitar os limites oficiais sob pena de não o fazendo, responderem pela restituição da quantia recebida em excesso, monetariamente atualizada, podendo o consumidor exigir à sua escolha, o desfazimento do negócio, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

Seção V
Da Cobrança de Dívidas

Art. 42. Na cobrança de débitos, o consumidor inadimplente não será exposto a ridículo, nem será submetido a qualquer tipo de constrangimento ou ameaça.
Parágrafo único. O consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável.
Art. 42-A. Em todos os documentos de cobrança de débitos apresentados ao consumidor, deverão constar o nome, o endereço e o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF ou no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ do fornecedor do produto ou serviço correspondente. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.039, de 1/10/2009)*

Seção VI
Dos Bancos de Dados e Cadastros de Consumidores

Art. 43. O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes.
§ 1º Os cadastros e dados de consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos.
§ 2º A abertura de cadastro, ficha, registro e dados pessoais e de consumo deverá ser comunicada por escrito ao consumidor, quando não solicitada por ele.
§ 3º O consumidor, sempre que encontrar inexatidão nos seus dados e cadastros, poderá exigir sua imediata correção, devendo o arquivista, no prazo de cinco dias úteis, comunicar a alteração aos eventuais destinatários das informações incorretas.
§ 4º Os bancos de dados e cadastros relativos a consumidores, os serviços de proteção ao crédito e congêneres são considerados entidades de caráter público.
§ 5º Consumada a prescrição relativa à cobrança de débitos do consumidor, não serão fornecidas, pelos respectivos

Sistemas de Proteção ao Crédito, quaisquer informações que possam impedir ou dificultar novo acesso ao crédito junto aos fornecedores.
§ 6º *(Vide Lei nº 13.146, de 6/7/2015)*
Art. 44. Os órgãos públicos de defesa do consumidor manterão cadastros atualizados de reclamações fundamentadas contra fornecedores de produtos e serviços, devendo divulgá-lo pública e anualmente. A divulgação indicará se a reclamação foi atendida ou não pelo fornecedor.
§ 1º É facultado o acesso às informações lá constantes para orientação e consulta por qualquer interessado.
§ 2º Aplicam-se a este artigo, no que couber, as mesmas regras enunciadas no artigo anterior e as do parágrafo único do art. 22 deste código.
Art. 45. (VETADO).

CAPÍTULO VI
DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

Seção I
Disposições Gerais

Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.
Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.
Art. 48. As declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica, nos termos do art. 84 e parágrafos.
Art. 49. O consumidor pode desistir do contrato, no prazo de 7 dias a contar de sua assinatura ou do ato de recebimento do produto ou serviço, sempre que a contratação de fornecimento de produtos e serviços ocorrer fora do estabelecimento comercial, especialmente por telefone ou a domicílio.
Parágrafo único. Se o consumidor exercitar o direito de arrependimento previsto neste artigo, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo de reflexão, serão devolvidos, de imediato, monetariamente atualizados.
Art. 50. A garantia contratual é complementar à legal e será conferida mediante termo escrito.
Parágrafo único. O termo de garantia ou equivalente deve ser padronizado e esclarecer, de maneira adequada em que consiste a mesma garantia, bem como a forma, o prazo e o lugar em que pode ser exercitada e os ônus a cargo do consumidor, devendo ser-lhe entregue, devidamente preenchido pelo fornecedor, no ato do fornecimento, acompanhado de manual de instrução, de instalação e uso do produto em linguagem didática, com ilustrações.

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;

XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§ 1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.298, de 1/8/1996)*
§ 2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§ 3º (VETADO).
Art. 53. Nos contratos de compra e venda de móveis ou imóveis mediante pagamento em prestações, bem como nas alienações fiduciárias em garantia, consideram-se nulas de pleno direito as cláusulas que estabeleçam a perda total das prestações pagas em benefício do credor que, em razão do inadimplemento, pleitear a resolução do contrato e a retomada do produto alienado.
§ 1º (VETADO).
§ 2º Nos contratos do sistema de consórcio de produtos duráveis, a compensação ou a restituição das parcelas quitadas, na forma deste artigo, terá descontada, além da vantagem econômica auferida com a fruição, os prejuízos que o desistente ou inadimplente causar ao grupo.
§ 3º Os contratos de que trata o *caput* deste artigo serão expressos em moeda corrente nacional.

Seção III
Dos Contratos de Adesão

Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.
§ 1º A inserção de cláusula no formulário não desfigura a natureza de adesão do contrato.
§ 2º Nos contratos de adesão admite-se cláusula resolutória, desde que a alternativa, cabendo a escolha ao consumidor, ressalvando-se o disposto no § 2º do artigo anterior.
§ 3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, cujo tamanho da fonte não será inferior ao corpo doze, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 11.785, de 22/9/2008)*
§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.
§ 5º (VETADO).

CAPÍTULO VII
DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Art. 55. A União, os Estados e o Distrito Federal, em caráter concorrente e nas suas respectivas áreas de atuação administrativa, baixarão normas relativas à produção, industrialização, distribuição e consumo de produtos e serviços.
§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios fiscalizarão e controlarão a produção, industrialização,

distribuição, a publicidade de produtos e serviços e o mercado de consumo, no interesse da preservação da vida, da saúde, da segurança, da informação e do bem-estar do consumidor, baixando as normas que se fizerem necessárias.
§ 2º (VETADO).
§ 3º Os órgãos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais com atribuições para fiscalizar e controlar o mercado de consumo manterão comissões permanentes para elaboração, revisão e atualização das normas referidas no § 1°, sendo obrigatória a participação dos consumidores e fornecedores.
§ 4º Os órgãos oficiais poderão expedir notificações aos fornecedores para que, sob pena de desobediência, prestem informações sobre questões de interesse do consumidor, resguardado o segredo industrial.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.043, DE 2015

(Do Sr. Marcelo Belinati)

Dá nova redação ao § 1º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde", no que diz respeito ao direito de aposentados, nas mesmas condições de quando estavam empregados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7694/2014.

Art. 1º Dá nova redação ao art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde", no que diz respeito ao direito de aposentados e demitidos sem justa causa manterem o plano de saúde, nas mesmas condições de quando estavam empregados:

.....

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei em decorrência de vínculo empregatício é assegurado o direito de manutenção como beneficiário do plano de saúde coletivo de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho , desde que tenha contribuído indiretamente com seu labor por mais de 10 (dez) anos e assuma o pagamento integral no valor que sua empregadora o fazia, não podendo ser realocados em carteira diferentes, com valores de contribuições diferentes depois de se desligarem da empresa como se estivesse contratando o plano de saúde a primeira vez."(NR)

Art. 2º A Agência Nacional de Saúde Suplementar deverá editar nova Resolução Normativa dando maior clareza do direito estabelecido no Art. 31 dessa Lei.

Art. 3º Essa lei entra m vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação

JUSTIFICATIVA

O direito do aposentado assegurado pela Lei dos Planos de Saúde (Le

i 9.656/1998, ainda é desconhecido de muitas pessoas que chegam a aposentadoria e são surpreendidas com aumentos bruscos nas mensalidades de seus planos de saúde. Muitos precisam buscar a via judicial, ainda que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) já tenha interpretado a Lei de forma a reafirmar que os planos de saúde coletivos devem ser mantidos sob as mesmas condições de assistência médica e inclusive de preço desde que assuma o pagamento integral.

Assim, uma vez que no texto da lei e tão pouco da Resolução Normativa nº 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar não é explícito a proibição de segregação do segurado em um grupo considerado de maior risco, com menos cobertura e preço maior, como se ele fosse um cliente novo, dando margem para que as seguradoras tente revogar as liminares em favor dos segurados, apresento o presente projeto de lei por considerar ilegal a manutenção dos inativos em um grupo à parte dos ativos, devendo os custos e riscos serem compartilhados de maneira solidária.

Sala das Sessões, em 15 de dezembro de 2015.

Deputado MARCELO BELINATI
PP/PR

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. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória*

nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 279, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011

Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o inciso II do artigo 10 e o inciso XI do artigo 4º, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 7 de novembro de 2010, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução regulamenta o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Art. 2º Para os efeitos desta Resolução, considera-se:
I – contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica;
II – mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos; e
III – novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.097, DE 2015

(Do Sr. Marcelo Belinati)

Determina que os hospitais integrantes do SUS realizem convênios para que os órgãos de assistência social providenciem alimentação e hospedagem para os acompanhantes de internados carentes que residam a mais de 50km de distância, enquanto durar a internação.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7340/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Seja redesignado parágrafo primeiro, o parágrafo único do artigo 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e acrescentado o parágrafo segundo, com a seguinte redação:

"Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

.....

§1º. .....

§2º. Os hospitais integrantes da rede nacional do SUS, devem se articular com as redes de Assistência Social, por meio dos CRAS dos municípios, para providenciar alimentação e hospedagem aos parentes de pacientes carentes internados por conta de doenças graves, que tenham que se deslocar mais de 50 km (cinquenta quilômetros) de suas residências, limitado a 01 (um) parente por paciente, enquanto durar a internação". (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo do presente Projeto de Lei, é solucionar um grave problema social: as dificuldades enfrentadas pelo cidadão de baixa renda, quando algum parente próximo é internado em cidades distantes de sua residência.

As pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, enfrentam, normalmente, grandes dificuldades para custear suas necessidades mais básicas. Quando enfrentam doenças graves no seio familiar, o que já é difícil, se transforma em uma tragédia. Pior quando o familiar precisa ser internado em uma cidade distante e sem nenhum parente por perto para dar suporte, como alimentação e abrigo, por exemplo.

Nossa Constituição Federal tem como um de seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana. Tendo em vista esta missão constitucional, é dever do Poder Legislativo buscar a solução de problemas que perturbam gravemente esta

dignidade.

Pensando nisso, apresentamos este projeto. Nele, vislumbramos o dever do Estado em auxiliar seus cidadãos mais necessitados. Sob esse prisma, quem poderia ser mais necessitado do que o pai, neste caso muito humilde, que precisa abandonar suas atividades, muitas vezes desempregado, para acompanhar um filho doente? Ou a esposa, necessitada, que precisa deslocar-se para outra cidade para prestar auxílio ao esposo enfermo? Ainda, os filhos, já sem condições financeiras, que têm de acompanhar suas mães e pais, num internamento distante?

Se essas pessoas, que vivem uma vida humilde já enfrentam dificuldades no seu dia a dia, imagine-se quando precisam se deslocar de seus lares, surgindo a necessidade de se alimentar em lanchonetes e restaurantes e se abrigar em hotéis e pousadas. O Estado, neste momento, deve socorrê-las.

Portanto, tendo em vista a obrigação desta nobre Casa de Leis, de tutelar os interesses da população brasileira, principalmente aqueles que vivem em condição de vulnerabilidade social, enfrentando ainda, a tragédia de uma doença na família, apresentamos a presente preposição.

Por todo o exposto, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares para aprovação da medida, que busca tutelar a dignidade humana quando mais seriamente ameaçada.

Sala das Sessões, em 16 de dezembro de 2015.

Deputado **Marcelo Belinati**
PP/PR

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 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

.....

Seção II
Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:
I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:
a) de controle das agressões ao meio ambiente;
b) de saneamento básico; e
c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
III - definir e coordenar os sistemas:
a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
b) de rede de laboratórios de saúde pública;
c) de vigilância epidemiológica; e
d) vigilância sanitária;
IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.
Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:
I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;
III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
a) de vigilância epidemiológica;
b) de vigilância sanitária;
c) de alimentação e nutrição; e
d) de saúde do trabalhador;
V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.113, DE 2015

(Da Sra. Gorete Pereira)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que "cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências" para destinar ao Fundo Nacional de Saúde a receita proveniente das multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 35-D da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas ao Fundo Nacional de Saúde, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)

Art. 2º Revoga-se o Inciso III do art. 17 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Art. 3º Esta lei entra em vigor quarenta e cinco dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A necessidade de regular o mercado de planos e seguros privados de assistência à saúde, a chamada saúde suplementar, levou à aprovação das Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. A primeira introduziu o marco regulatório do mercado de planos e seguros; a segunda criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador, normativo, de controle e fiscalizador

daquele mercado.

Para sua instalação e aparelhamento, a lei dotou a ANS de diversas fontes de receita, além de outras não especificadas:

I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar;

II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;

III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;

IV - o produto da execução da sua dívida ativa;

V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;

VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;

VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;

VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;

IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;

X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo.

Eis que, quinze anos após sua criação, a ANS está plenamente consolidada. Por outro lado, é notória a dificuldade encontrada pelos sucessivos governos para garantir o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS. Destinar a receita proveniente das multas aplicadas a operadoras de planos e seguros de saúde por descumprimento das normas vigentes ao Fundo nacional de Saúde, como meio de minorar a crônica carência de recursos e aprimorar a assistência à saúde no SUS, seria correto e adequado e representaria, em contrapartida, pequena perda para a ANS, que teria todas as demais fontes de receita preservadas.

É esse o objeto do presente projeto de lei, de cujo mérito estou convicta e para cuja aprovação peço os votos dos meus dignos pares.

Sala das Sessões, em 16 de dezembro de 2015.

Deputada Gorete Pereira

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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;

III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a

consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....
CAPÍTULO IV
DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venha a adquirir ou incorporar.
Art. 17. Constituem receitas da ANS:
I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;
II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;
III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;
IV - o produto da execução da sua dívida ativa;
V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;
VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;
VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;
VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;
IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;
X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;
XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.
Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.
Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.294, DE 2016

(Da Sra. Erika Kokay)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 7267/2002 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 7267/2002 o PL 805/2011, o PL 4294/2016, o PL 10960/2018 e o PL 5881/2019, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

“Art. 10. .....

.....

§ 5º Excetuam-se do disposto no inciso VII as órteses e próteses para correção de problemas auditivos.”

Art. 2º O inciso I, do art. 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea “d”:

“Art. 12. .....

I - .....

d) cobertura de consultas fonoaudiológicas, em número ilimitado.”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Há dezoito anos, o Congresso Nacional, cumprindo seu papel, regulamentou o setor de planos de saúde. Até então, vigorava nesse mercado verdadeira lei da selva. Nessas circunstâncias, a parte fraca — o consumidor — era submetido a todo tipo de desrespeito e abusos.

Desde então, e progressivamente, o setor passou a ser regulado por uma agência setorial, a legislação foi aperfeiçoada e houve um balizamento do mercado suplementar em saúde, de forma a permitir a expansão do setor com maior segurança jurídica para consumidores, prestadores e operadores de planos de saúde.

Não restam dúvidas, contudo, de que toda legislação é passível de aperfeiçoamento. Novas situações, novas tecnologias, novas necessidades advindas da realidade social impõem constante e periódica reavaliação dos textos legais, com vistas a sua adequação à realidade. Assim, cabe aos representantes do povo auscultar a sociedade, ficar atentos à realidade e acompanhar as evoluções técnicas.

Foi justamente a partir desse comportamento que detectamos uma distorção na atuação dessas empresas, por estarem isentas de fornecer aparelhos auditivos a pessoas que deles necessitam, bem como limitarem o número de consultas de fonoaudiologia. Ora, tal fato se constitui em verdadeira limitação ao direito à saúde e demanda, de nossa parte, uma ação corretora imediata.

Dessa forma, esperamos com a presente iniciativa corrigir essa discriminação injusta aos portadores de problemas auditivos e da fala, e merecer o apoio de nossos ilustres Pares, para que nossa proposta seja transformada em norma jurídica e venha a fazer justiça a todos os cidadãos brasileiros.

Sala das Sessões, em 03 de fevereiro de 2016.

Deputada ÉRIKA KOKAY

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-

ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.404, DE 2016

(Do Sr. Herculano Passos)

Dispõe sobre a obrigatoriedade e cobertura da vacina contra HPV pelos planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL 2538/2011

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1° A Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros

privados de assistência à saúde, passa a viger acrescida do seguinte artigo 10-C:

“Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos referidos no inciso I e § 1º do art. 1º desta lei, por meio de rede própria, credenciada, contratada, referenciada, ou mediante reembolso, fornecer a vacina contra o Papiloma Vírus Humano - HPV.”

Art. 2º Esta lei entrará em vigor após decorridos 90 (noventa) dias da data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

HPV é a sigla em inglês para papiloma vírus humano, organismo biologicamente capaz de infectar a pele ou as mucosas. Existem mais de 100 tipos diferentes de HPV, sendo que cerca de 40 tipos podem infectar o trato ano-genital. Estudos apontam que quase 80% das mulheres sexualmente ativas terão contato com o vírus em algum momento de suas vidas, frequentemente logo após o início da atividade sexual.

Conforme José Humberto Fregnani, coordenador do Departamento de Ginecologia Oncológica do Hospital do Câncer de Barretos (SP), nem sempre a doença evolui para lesões. As estatísticas revelam que em metade das contaminações, a infecção é transitória e termina com o vírus sendo completamente eliminado pelo sistema imunológico do hospedeiro.

Com a intenção de diminuir o contágio por esse vírus é que o Ministério da Saúde oferece a vacinação contra o HPV para meninas de 11 a 13 anos, idade em que se acredita que a maioria delas ainda não iniciou a atividade sexual e, portanto, não teve contato com o HPV. Apesar disso, mulheres com idade acima dessa faixa etária também podem ser beneficiadas com a vacinação. Ao tomar a vacina, o adulto se previne das próximas infecções e evita novas doenças. A imunidade natural da pessoa não a impede de ser infectada e de apresentar a mesma doença mais de uma vez. Com a vacina, evita-se essa recidiva. Isso é muito comum em mulheres que desenvolvem doenças no colo do útero antes do câncer, o que é chamado de neoplasia intraepitelial cervical (ou NIC). Muitos desses problemas, depois de tratados, reaparecem.

Especialistas estrangeiros defendem que os meninos também deveriam ser beneficiados pela vacina. Os homens têm menos câncer de ânus do que as mulheres, verrugas genitais na mesma proporção e câncer de faringe numa proporção maior do que as mulheres. O câncer de pênis também pode ocorrer, apesar de ser raro. Por outro lado, meninos vacinados deixam de ser vetores de transmissão.

O HPV causa verruga genital em 5% dos infectados ou em uma em cada 10 pessoas, dependendo do grupo de risco. São dois milhões de novos casos por ano entre jovens e casais.

Diante desse quadro, e da possibilidade de incrementar a prevenção com a medida, contamos com o apoio dos nobres pares para o aperfeiçoamento e a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, 17 de fevereiro de 2016.

Deputado **HERCULANO PASSOS**
PSD/SP

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil,

com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.477, DE 2016

(Do Sr. Weverton Rocha)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para considerar obrigatória a cobertura de teste sorológico para Zika vírus, e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. O inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido de alínea “c” com a seguinte redação:

Art. 12. .....

III – .....

.....

c) cobertura de exame sorológico para diagnóstico do vírus Zika, solicitado e devidamente justificado pelo médico assistente” (AC).

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

JUSTIFICATIVA

Considerando o acelerado espraiamento do Zika vírus (ZIKAV) por 70% das unidades da federação brasileira e 20% das nações do mundo;

Considerando a confirmação científica da existência de correlação entre o ZIKAV e grave dano neurológico fetal, a microcefalia;

Considerando os mais de cinco mil casos suspeitos de microcefalia notificados entre 2015 e 06 de fevereiro de 2016 no território brasileiro, 1.905 dos quais, notificados em apenas dois meses do ano presente;

Considerando os 462 casos já confirmados de microcefalia ou alterações no Sistema Nervoso Central entre 2015 e 2016 no Brasil, dos quais 41 confirmados para o vírus Zika;

Considerando que o Ministério da Saúde utiliza, até o momento, apenas o sistema de vigilância sentinela para o monitoramento dos casos de ZIKAV no país, por meio de dezesseis laboratórios públicos capacitados para a realização dos testes de biologia molecular: Instituto Evandro Chagas (PA), Instituto Adolfo Lutz (SP), Fiocruz-PE,

Fiocruz-RJ, Fiocruz-PR e laboratórios centrais da Bahia, Amazonas, Alagoas, Goiás, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Sergipe, Rio Grande do Norte e Distrito Federal;

Considerando que a rede pública não possui capacidade para dar resposta à totalidade de casos suspeitos de ZIKAV no País;

Considerando que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA já autorizou quatro produtos para o diagnóstico do ZIKAV, os quais encontram-se disponíveis nos laboratórios privados a preços elevados;

Considerando que, mesmo a despeito do estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, estabelecido pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, as operadoras de planos de saúde não têm se mostrado ativas na inclusão dos testes de ZIKAV em suas coberturas,

Apresentamos a presente proposta a fim de atribuir caráter obrigatório à cobertura para testes de detecção de ZIKAV pelos planos de saúde para gestante, no âmbito do pré-natal, desde que solicitado por médico.

Entendemos que as gestantes, tendo em vista a necessidade de monitoramento pré-natal para possíveis danos neurológicos fetais, não podem prescindir da cobertura para exame diagnóstico de ZIKAV na rede privada, sob pena de maiores prejuízos ao futuro bebê, ao monitoramento epidemiológico da doença e à investigação científica sobre o vírus e sua relação com possíveis danos neurológicos.

Reconhecendo que a técnica RT-PCR (biologia molecular), utilizada pela maioria dos laboratórios privados para o diagnóstico do ZIKAV na fase aguda de contaminação já possui cobertura pela rede pública, é excessivamente cara, lenta e desnecessária para a conclusão diagnóstica, propomos que a cobertura obrigatória pelos planos de saúde se dê exclusivamente para os testes de sorologia, mais baratos. Esses testes devem ser solicitados exclusivamente por médico assistente, tendo em vista que sua aplicação limita-se (na maioria dos testes) ao período pós-agudo da doença.

Ao excluir da cobertura as solicitações emitidas por médico de serviço de emergência ou urgência, nossa proposta restringe o volume potencial de solicitações, o que contribui para a viabilidade financeira da cobertura pelos planos de saúde, sem trazer qualquer prejuízo à gestante ou feto, e ainda estimula a realização do pré-natal na rede privada de saúde.

Pelo exposto, contamos com o apoio dos nobres pares para a aprovação de tão relevante matéria para o País.

Sala das Sessões, em 18 de fevereiro de 2016.

Deputado **WEVERTON ROCHA**

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*

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 qüinquagésimo 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)*

.....

.....

PORTARIA Nº 1.813, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015

Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a alteração no padrão epidemiológico de ocorrências de microcefalias em Pernambuco, com observação de aumento do número de casos e padrão clínico não habitual;

Considerando que o evento é complexo e demanda esforço conjunto de todo o Sistema Único de Saúde para identificação da etiologia dessas ocorrências e adoção de medidas proporcionais e restritas aos riscos;

Considerando que esse evento está sendo observado em outros estados da Região Nordeste e que a investigação local demanda uma resposta coordenada das ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde, entre as três esferas de gestão do SUS;

Considerando a necessidade de se estabelecer um plano de resposta a esse evento e também para estabelecer a estratégia de acompanhamento e suporte às gestantes, crianças e puérperas afetadas;

Considerando a avaliação de risco no âmbito do anexo II do Regulamento Sanitário Internacional, indicando que este evento configura uma potencial Emergência de Saúde Pública Internacional (ESPIN);

Considerando que a situação demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, resolve:

Art. 1º Declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional conforme Decreto nº 7616, de 17 de novembro de 2011;

Art. 2º Estabelecer o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES) como mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional;

Art. 3º A gestão do COES estará sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde designada para:

I - Planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

II - Articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;
III - Encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;
IV - Divulgar à população informações relativas à ESPIN;
V - Propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde: O acionamento da Força Nacional do Sistema Único de Saúde: a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993; a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN; a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; e o encerramento da ESPIN.
Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARCELO CASTRO

PROJETO DE LEI N.º 4.478, DE 2016

(Da Comissão de Legislação Participativa)

Sugestão nº 33/2015

Sugere à Comissão de Legislação Participativa Projeto de Lei que dispõe sobre a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias dos contratos de planos de saúde.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir o tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 12 .....

.....

I - .....

.....

d) cobertura de tratamento contra o tabagismo, incluídos avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, observadas as diretrizes clínicas disponibilizadas pelo gestor nacional do Sistema Único de Saúde.

....." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos noventa dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Não pairam dúvidas quanto ao inquestionável mérito da proposição encaminhada pela prestigiosa organização, Instituto ONCOGUIA, responsável por um admirável e admirado trabalho nos campos social, sanitário, educativo e de defesa dos direitos dos pacientes.

Os argumentos arrolados para embasar a proposição são poderosos. Destacamos alguns deles. O primeiro é o reconhecimento da dependência à nicotina como doença, com código na Classificação Internacional de Doenças — CID no grupo dos transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Acrescenta, ainda, que pesquisas dão conta de que oitenta por cento dos fumantes desejam parar de fumar e que o gasto do Sistema Único de Saúde — SUS com o tratamento de pacientes com doenças relacionadas ao tabagismo foi, para o ano de 2011, de mais de vinte bilhões de Reais, sendo que essa quantia supera em 3,5 vezes o valor arrecadado pela Receita Federal com os impostos associados aos derivados do tabaco.

Ao analisarmos a proposição encaminhada, vemos, dessa forma, que se trata de medida com altíssimo alcance social e sanitário, e do próprio interesse das operadoras que se voltam atualmente para modelos assistenciais mais preventivos.

Isto posto, manifestamo-nos favoravelmente à transformação da Sugestão nº 33, de 2015 em proposição legislativa desta Comissão, com pequenos ajustes de técnica legislativa.

Por essa razão, a partir de Sugestão encaminhada pelo Instituto Oncoguia, esta Comissão apresenta o presente projeto de lei, confiando em seu voto pela aprovação da matéria.

Sala das Sessões, em 18 de fevereiro de 2016.

Deputado SARNEY FILHO
Presidente em Exercício

SUGESTÃO N.º 33, DE 2015
(Do Instituto Oncoguia)

Sugere à Comissão de Legislação Participativa Projeto de Lei que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, visando a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias nos planos e seguros privados de assistência à saúde.

I – RELATÓRIO

A sugestão em epígrafe foi encaminhada à Comissão de Legislação Participativa no corrente ano pela Exma. Srª. Luciana Holtz Camargo Barros, responsável pelo Instituto ONCOGUIA, entidade sem fins lucrativos, localizada em São Paulo—SP,

qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público — OSCIP, cujo objetivo é o de “ajudar o paciente com câncer a viver melhor por meio de ações de educação, conscientização e defesa dos direitos” de tais pacientes.

No Ofício encaminhado a este Órgão Técnico, a aludida senhora encaminha em anexo minuta de Projeto de Lei propondo a inclusão do tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias dos contratos de planos de saúde. Para tanto, propõe que seja alterada a redação da Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos privados de saúde”, mais especificamente a inclusão de uma nova alínea ao inciso I, art. 12, da indigitada norma.

A minuta de proposição vem acompanhada de Justificação em que são destacados, entre outros aspectos, que o tratamento em questão seria, inclusive, redutor de custos para as próprias operadoras, porquanto diminuiria a incidência dos cânceres associados ao hábito de fumar, cujo tratamento é sabidamente mais caro.

É o Relatório.

II – VOTO DO RELATOR

DO CONHECIMENTO

Seguindo o estabelecido no art. 32, XVII, “a”, do Regimento Interno desta Casa, esta sugestão de iniciativa legislativa deve ser conhecida, pois se trata de proposta oferecida por sociedade reconhecidamente de interesse social, sem fins lucrativos, podendo ser classificada como “entidade organizada da sociedade civil”.

DO MÉRITO

Não pairam dúvidas quanto ao inquestionável mérito da proposição encaminhada pela prestigiosa organização, Instituto ONCOGUIA, responsável por um admirável e admirado trabalho nos campos social, sanitário, educativo e de defesa dos direitos dos pacientes.

Os argumentos arrolados para embasar a proposição são poderosos. Destacamos alguns deles. O primeiro é o reconhecimento da dependência à nicotina como doença, com código na Classificação Internacional de Doenças — CID no grupo dos transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Acrescenta, ainda, que pesquisas dão conta de que oitenta por cento dos fumantes desejam parar de fumar e que o gasto do Sistema Único de Saúde — SUS com o tratamento de pacientes com doenças relacionadas ao tabagismo foi, para o ano de 2011, de mais de vinte bilhões de Reais, sendo que essa quantia supera em 3,5 vezes o valor arrecadado pela Receita Federal com os impostos associados aos derivados do tabaco.

Ao analisarmos a proposição encaminhada, vemos, dessa forma, que se trata de medida com altíssimo alcance social e sanitário, e do próprio interesse das operadoras que se voltam atualmente para modelos assistenciais mais preventivos.

Isto posto, manifestamo-nos favoravelmente à transformação da Sugestão nº 33, de 2015 em proposição legislativa desta Comissão, com pequenos ajustes de técnica legislativa.

Sala da Comissão, em 15 de dezembro de 2015.

Deputado FÁBIO RAMALHO
Relator

PROJETO DE LEI Nº , DE 2015

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir o tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir o tratamento do tabagismo entre as coberturas obrigatórias.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 12 .....

.....

I - .....

.....

d) cobertura de tratamento contra o tabagismo, incluídos avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, observadas as diretrizes clínicas disponibilizadas pelo gestor nacional do Sistema Único de Saúde.

.....” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos noventa dias de sua publicação.

Sala da Comissão, em 15 de dezembro de 2015.

Deputado FÁBIO RAMALHO

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Legislação Participativa, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente a Sugestão nº 33/2015, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Fábio Ramalho.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Sarney Filho - Vice-Presidente, Celso Jacob, Erika Kokay, Glauber Braga, Jaime Martins, Luiza Erundina, Raquel Muniz, Arnaldo Jordy, Júlia Marinho, Leonardo Monteiro, Lincoln Portela, Nilto Tatto e Valadares Filho.

Sala da Comissão, em 16 de dezembro de 2015.

Deputado SARNEY FILHO
Presidente em exercício

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

(Do Sr. Nilto Tatto)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4477/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O inciso I do art. 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea "d":

"Art. 12.....

I - .....

d) cobertura de exames diagnósticos e tratamentos de epidemias, inclusive dengue, chikungunya e zika, em número ilimitado.

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Congresso Nacional regulamentou o setor dos planos e seguros privados de assistência à saúde, por meio da legislação que ora se pretende ser atualizada. Atualmente, o setor é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS que estabelece normas técnicas para cumprimento das empresas.

O marco regulatório do setor, no entanto, carece de alterações constantes e contínuas a fim de se acompanhar a velocidade da técnica e dos tratamentos de saúde, a qual, muitas vezes se deve ao número de novas doenças que acometem os brasileiros, algumas delas em caráter epidêmico.

É o que estamos vivendo, atualmente, quando nos deparamos com a epidemia das doenças dengue, chikungunya e zika que têm alarmado e preocupado governantes e sociedade. Agrava o quadro, os diversos casos de microcefalia em recém nascidos cuja causa tem sido atribuída pelos especialistas do setor ao contágio do vírus zika pelas mulheres grávidas.

Embora a zika tenha contribuído para a declaração de emergência internacional e o Ministério da Saúde tenha tornado compulsória a sua notificação, o principal teste para diagnosticar o vírus ainda não está no rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde privados, segundo a ANS. O custo dos testes genéticos do tipo PCR, embora já reconhecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, ainda não se encontram disponíveis nos laboratórios da rede privada suplementando a demanda do setor público.

Dessa forma, esperamos com a presente iniciativa legislativa suprir essa necessidade e

colaborar para a redução dos casos dessas doenças no Brasil.

Sala da Comissão, em 23 de fevereiro de 2016.

Deputado Nilto Tatto
PT/SP

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.644, DE 2016

(Do Sr. Flavinho)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, para garantir aos membros de associações civis e religiosas o direito à adesão aos planos de saúde coletivos empresariais ou coletivos por adesão de que participem as instituições que integrem.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7762/2010.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, para garantir aos membros de associações civis e religiosas o direito à adesão aos planos de saúde coletivos empresariais ou coletivos por adesão de que participem as instituições que integrem.

Art. 2º. O inciso III, do artigo 18, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 18. .....

.....

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional ou excluir ou negar adesão aos membros de associações civis ou religiosas que mantenham contrato com a operadora, ainda que estes não possuam vínculo empregatício. (NR)

....."

Art. 3º. O artigo 30, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de integrar como membro associação civil ou religiosa ou vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho ou da qualidade de membro sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial

de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho ou quando integrou como membro associação civil ou religiosa, desde que assuma o seu pagamento integral." (NR)

.....

....."

Art. 4º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que regula o funcionamento das operadoras de planos de saúde privados possui lacuna relativa às participação e adesão dos membros de associações civis e religiosas que, embora participem da instituição aderente ao plano de saúde coletivo e nela laborem, não gozam de vínculo empregatício.

É este o caso de padres, bispos, pastores, monges, presidentes e integrantes do corpo de organizações não governamentais que trabalham muito como os demais funcionários da instituição, mas que por uma lacuna legal são impedidos de aderir aos planos de saúde contratados pelas instituições que integram.

Nos parece um tanto incongruente que, no setor privado, uma instituição que contrate um plano de saúde em uma operadora de natureza privada, não possa incluir adesões relativas aos seus membros, simplesmente pelo fato de que não possuem vínculo empregatício.

Os membros dessas associações trabalham tanto quanto os seus funcionários e igualmente contribuirão de forma onerosa ao contrato, não restando qualquer justificativa para que sejam excluídos e impedidos de aderir ao plano de saúde coletivo ou empresarial.

Por tudo quanto exposto, e para que não se permita tamanha injustiça social, conclamo os nobres pares a envidar os esforços necessários para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 08 de março de 2016.

FLAVINHO
Deputado Federal – PSB/SP

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o

inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *(“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)*

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e "e-mail"; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 4.729, DE 2016

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Altera a Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2901/2008.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de .3 de junho de 1998, eximindo as gravidezes de risco do cumprimento de qualquer prazo de carência.

Art. 2º O art. 12, da Lei nº 9.656 de .3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 6º:

“Art. 12. .....

.....

“§ 6º A carência a que se refere a alínea “a”, do inciso V, não se aplicará quando a gravidez for considerada de risco, conforme disposto em regulamento.” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A regulamentação dos planos de saúde, há mais de 15 anos, foi uma vitória para os consumidores brasileiros.

Até então, o setor não contava com uma norma jurídica específica, nem tampouco com uma Agência Reguladora, o que acarretava na exposição dos usuários do setor a todo tipo de abuso.

A Lei 9656/98 veio contribuir em muito para a garantia dos direitos, mas também para a estabilidade e crescimento do setor, mostrando que uma boa regulamentação é essencial para todas as partes.

Embora tenha sido uma condição necessária, o advento da regulamentação setorial não foi de forma alguma suficiente. Vários pontos das normas que regem a atividade do setor suplementar precisam e merecem aperfeiçoamento.

É o caso da questão relativa aos partos considerados de risco. A norma em vigor joga no mesmo barco gravidezes normais e aquelas em que, seja por questões de saúde da gestante, seja por conta de fatores aleatórios da gestação, ou, ainda, do desenvolvimento fetal, são consideradas de risco, ou seja, que impõem cuidados extraordinários para preservação da mãe, do nascituro ou de ambos.

A carência estipulada na Lei 9656/98 de para qualquer tipo de parto nos parece injusta, pois abstrai a necessidade de proteção das gravidezes daquela natureza.

Desse modo, nossa intenção é introduzir dispositivo na lei de forma a ressalvar esses casos, que estariam livres do cumprimento da carência em questão.

Diante disso, oferecemos a presente iniciativa aos nossos Pares, esperando, assim o apoiamento de todos os Exmos. Srs. Parlamentares.

Sala das Sessões, em 15 de março de 2016.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

Veda aos Planos e Seguros Privados de assistência a saúde a estabelecerem grau mínimo para autorização de cirurgias corretivas de miopia, hipermetropia e astigmatismo.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5024/2009.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º É vedado aos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde exigirem grau mínimo para autorização de cirurgia para correção de erro de refração ou de defeito óptico cilíndrico, conhecida como cirurgia refratária (PRK ou LASIK).

Parágrafo único. A necessidade da cirurgia será atestada mediante a apresentação de laudo médico subscrito por médico oftalmológico.

Art. 2º. A não observância desta lei sujeita as empresas às penas previstas no Art. 25 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor 30 (trinta) dias após a data de sua publicação.

J U S T I F I C A T I V A

Os Planos de Saúde são obrigados a terem como cobertura obrigatória a cirurgia para correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo, conhecida como cirurgia refratária. Esse procedimento pode ser uma aplicação de laser diretamente na superfície da córnea (PRK) ou em uma região conhecida como estroma corneano (LASIK).

Por meio da Resolução nº 167/08, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS determina a cobertura obrigatória da cirurgia refrativa em caso de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável pelo menos há 01 (um) ano com:

- *Miopia moderada e grave, de graus entre – 5,0 a – 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até – 4,0; ou*

- *Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0*

Portanto, para os casos de miopia é estabelecido um grau mínimo de – 5,0 (cinco graus negativos) a fim de ensejar a obrigatoriedade do Plano autorizar a realização da cirurgia corretiva.

As empresas alegam que abaixo desse grau mínimo, a cirurgia seria meramente de CARÁTER ESTÉTICO e, portanto, não estariam obrigadas a dar cobertura.

Todavia, ao consultar alguns posicionamentos médicos, verificamos que na verdade há casos que a indicação da cirurgia é extremamente necessária para uma melhor qualidade de vida do paciente.

Primeiro porque essa cirurgia tem um CARÁTER TERAPÊUTICO: uma vez que corrigido o erro de refração, alivia-se ou elimina-se os sintomas dela decorrentes, como a queda de acuidade visual, cansaço da visão, dores de cabeça, entre outros.

Segundo, o procedimento tem CARÁTER FUNCIONAL: Ora, corrigindo-se o erro, naturalmente haverá a melhora funcional do paciente, isto é melhora no trabalho, melhora no rendimento escolar, e assim por diante...

Por outro lado, são inúmeros os casos em que o paciente revela intolerância a lentes ou não adaptação ao uso de óculos. A não autorização da cirurgia nesses casos condenaria o indivíduo a impossibilidade de tratamento para o resto de sua vida, ferindo o sagrado princípio constitucional de que a saúde é um direito de todos.

Creio que o profissional oftalmológico reúne todas as condições para aferir a necessidade do procedimento e não um critério rígido, que não leva em consideração as especificidades de cada caso.

Nesse sentido peço apoio aos presentes pares para a aprovação dessa medida para trazer qualidade de vida aos portadores dessas disfunções que atingem uma grande parte da população.

Brasília, 15 de março de 2016

Deputado **VINICIUS CARVALHO** (PRB/SP)

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. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - advertência;
II - multa pecuniária;
III - suspensão do exercício do cargo;
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de

assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010

(revogada pela rn nº 338, de 21 de outubro de 2013)

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

.....

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisto periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Art. 22 As Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo desta Resolução Normativa serão previstas em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO [2] a ser publicada para este fim. (Revogado pela RN nº 262, de 01/08/2011)

Art. 23 Esta Resolução Normativa, bem como seu Anexo estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 23. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Redação dada pela RN nº 262, de 01/08/2011)

Art. 24 Ficam revogadas a RN nº 192, de 27 de maio de 2009, RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008, RN nº 154, de 5 de junho de 2007, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 11, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº12, de 4 de novembro de 1998.

Art. 25 Esta resolução entra em vigor no dia 7 de junho de 2010.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO

Diretor – Presidente Substituto

PROJETO DE LEI N.º 4.787, DE 2016

(Do Sr. Uldurico Junior)

Acrescenta parágrafo único do art. 186 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-394/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei prevê o pagamento de indenização por danos morais decorrentes da negativa de cobertura, sem justa causa, por plano de saúde.

Art. 2º O art. 186 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 186.....

Parágrafo único. Considera-se dano moral, além do dano material, a negativa de

cobertura, sem justa causa, por plano de saúde.” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com decisão da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial nº 702266, a negativa de cobertura, sem justa causa, pelos planos de saúde, caracteriza dano moral, como se pode ler da ementa do acórdão, cujo teor é o seguinte:

“AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. EXCLUSÃO OU LIMITAÇÃO DE COBERTURA. INCIDÊNCIA DO CDC. RECUSA INDEVIDA/INJUSTIFICADA. DANO MORAL CARACTERIZADO. SÚMULA 83/STJ. RECURSO IMPROVIDO. O acórdão recorrido está em conformidade com o entendimento desta Corte no sentido de que a operadora pode limitar as doenças abarcadas pelo contrato, mas não o tratamento, a utilização de prótese ou procedimento escolhido pelo médico como o mais adequado à preservação da integridade física do paciente. 2. A recusa indevida da operadora de plano de saúde à cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, dá origem ao dever de reparar o dano moral in re ipsa, consistente no agravamento do estado de aflição e angústia do paciente(..).”

Isso significa que basta a demonstração da quebra contratual, sem necessidade de comprovação do prejuízo, para que se caracterize o dano moral causado pelo agravamento da situação de aflição e angústia do paciente.

Nesse sentido, apresentamos esta proposição com o intuito de aperfeiçoar a legislação vigente e proteger a vida dos cidadãos que contratam com os planos de saúde e não podem ficar à mercê dos interesses econômicos e financeiros desses grupos.

Sala das Sessões, em 21 de março de 2016.

Deputado ULDURICO JUNIOR

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 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE GERAL

.....

LIVRO III
DOS FATOS JURÍDICOS

.....

TÍTULO III
DOS ATOS ILÍCITOS

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.
Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.
Art. 188. Não constituem atos ilícitos:
I - os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido;
II - a deterioração ou destruição da coisa alheia, ou a lesão a pessoa, a fim de remover perigo iminente.
Parágrafo único. No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessário, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo.
.....
.....
SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SÚMULA 83
Não se conhece do recurso especial pela divergencia, quando a Orientação do tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão Recorrida.

PROJETO DE LEI N.º 5.069, DE 2016
(Do Senado Federal)

PLS nº 118/14
Ofício nº 497/16 - SF

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para, em caso de morte do titular de plano privado de assistência à saúde, assegurar aos dependentes o direito à manutenção das condições contratuais e à redução proporcional da contraprestação pecuniária.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o parágrafo único como § 1º:

"Art. 13. .....

§ 1º .....

.....

§ 2º Em caso de morte do titular dos produtos de que trata o **caput**, é assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, na forma do regulamento, e, quando cabível, à redução proporcional da contraprestação pecuniária, com a assunção das obrigações decorrentes." (NR)

Art. 2º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o parágrafo único como § 1º:

"Art. 16. .....

.....

§ 1º .....

§ 2º Das cobranças das contraprestações pecuniárias deverão constar, de forma discriminada, os valores cobrados de cada um dos beneficiários do plano privado de assistência à saúde." (NR)

Art. 3º O art. 27 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 27. A multa de que trata o inciso II do art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais), de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Senado Federal, em 26 de abril de 2016.

Senador Renan Calheiros
Presidente do Senado Federal

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. 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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
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)*
Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.
§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.
§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:
I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.
§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.
§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.
§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo *(Artigo acrescido 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde

não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e "e-mail"; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e

nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - advertência;
II - multa pecuniária;
III - suspensão do exercício do cargo;
IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;
VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§2º *(VETADO na Lei nº 12.973, de 13/5/2014)*
Art. 28. *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.113, DE 2016

(Do Sr. Marcelo Squassoni)

Altera a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1992/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º Esta Lei inclui no artigo 14 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, o parágrafo único e seus incisos I, II e III, que passa a vigorar na forma abaixo:

“Art. 14 .....

.....

Parágrafo único. É vedada a discriminação das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos nos planos de saúde, devendo as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde e as cooperativas e as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração, adotarem as seguintes medidas:

I - ofertar planos privados de assistência à saúde específicos ao idoso em condição de igualdade com outros planos disponibilizados nas faixas etárias mais novas, devendo, obrigatoriamente, incluir hospitais de alto custo ou de primeira linha, exames médicos e laboratoriais, consultas médicas, tratamentos e cirurgias, e não podendo exceder o preço de um salário mínimo vigente por beneficiário com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;

II - proceder à aceitação imediata da pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos interessada em contratar os produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, sendo vedado qualquer forma de avaliação médica ou entrevista precedente ao seu ingresso;

III - promover a qualquer tempo a portabilidade de carências e a portabilidade especial de carências requeridas pelas pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos beneficiárias de planos privados de assistência à saúde.

..... (NR)”

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

JUSTIFICAÇÃO

As experiências diárias dos consumidores mostram que o setor de planos de saúde é bastante problemático e, reiteradamente, causa transtornos nos momentos em que o usuário mais precisa. São negativas de atendimento, demora ou recusas de liberação de exame ou cirurgia, reajustes abusivos, descredenciamentos de profissionais de saúde, hospitais e laboratórios, só para ficar em alguns exemplos. Esses problemas têm como pano de fundo a má atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tem o papel de regular o setor mas o faz de forma ineficiente, deixando de lado os planos de saúde coletivos e, principalmente, as pessoas com mais de 59 anos de idade.

Um levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) em agosto de 2014 com as operadoras com maior número de usuários em São Paulo, concluiu que os idosos encontram muitas dificuldades para contratar planos de saúde no estado. Foi considerada a contratação de planos individuais e familiares para usuários com mais de 60 anos.

Foram avaliadas as operadoras Amil, Bradesco Saúde, SulAmérica, Unimed Paulistana, Intermédica, Dix (pertencente à Amil), Green-Line, Porto Seguro, Prevent

Senior, Mediservice, Santamália, Marítima, Allianz, São Cristóvão, Notre Dame, Golden Cross, Sistemas e Planos de Saúde, Biovida, Ameplan e MediSanitas.

Segundo o estudo, a primeira barreira é baixa oferta de planos individuais: entre as 20 maiores operadoras, somente oito comercializam esse tipo de plano (Ameplan, Biovida, GreenLine, Prevent Senior, Santamália, São Cristóvão, Unimed Paulistana e MediSanitas). Ainda assim, apesar de os sites da Ameplan e da São Cristóvão informarem que elas oferecem planos individuais, não foi possível estabelecer contato efetivo com as empresas.

O segundo grande problema foi o preço: o Idec cotou o valor do plano mais barato e do plano mais caro de cada uma das seis operadoras consideradas, para um usuário com idade de 75 anos. A média de preço dos planos mais baratos é de R$ 551,04. A dos planos mais caros, R$ 1.447,36. E a média dos valores de todos os 12 planos juntos é de R$ 999,20.

Para saber se os valores cabem ou não no bolso de uma pessoa com mais de 60 anos, foi considerada a renda mensal dessa parcela da população. Segundo dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2011, 72,4% dos idosos possui rendimento mensal de no máximo dois salários mínimos. Em valores atuais, isso dá R$ 1.448.

Assim, a média dos preços dos planos mais baratos representa quase 40% desse montante. A de todos os planos juntos, 70%. E a dos planos mais caros abocanharia a totalidade desse rendimento.

Entre as seis operadoras avaliadas pelo Idec, cinco adotam procedimentos para verificar o perfil do futuro consumidor. Ou seja, o idoso interessado em adquirir um plano de saúde individual é submetido a um exame médico prévio ou ao que se chama de entrevista qualificada. As cinco empresas que adotaram o procedimento foram: Biovida, GreenLine, Santamália, Unimed Paulistana e MediSanitas.

Submeter o potencial consumidor a uma avaliação médica prévia como condicionante para a contratação do serviço é ilegal. O risco ao aceitar um paciente idoso é inerente à atividade exercida pela operadora, e ao exigir uma avaliação médica prévia à operadora sai em vantagem numa relação em que, por si só, o consumidor tem presunção de vulnerabilidade.

A exigência de avaliação médica prévia não é regulamentada pela ANS, mas há normas jurídicas desrespeitadas ao se fazer a exigência. É o caso do inciso X do artigo 5o da Constituição, segundo o qual a intimidade das pessoas é inviolável.

Outro indício de que idosos tendem a ter dificuldade em aderir planos de saúde individuais é que os corretores, no caso de algumas operadoras, sequer podem vender esse tipo de plano a pessoas com mais de 59 anos. Nelas o consumidor deve entrar em contato diretamente com a operadora, sem intermédio de corretor.

Por todo o exposto, não é crível que no momento de maior fragilidade de suas

vidas, após a doação de esforços físicos e mentais na construção da família e da sociedade por mais de 59 anos, os idosos continuem a ser discriminados e expostos a práticas abusivas por parte das operadoras e administradoras de planos de saúde, em flagrante desrespeito aos princípios e garantias constitucionais.

Assim, pedimos diante da relevância do projeto ora apresentado, e de sua compatibilidade com o ordenamento constitucional brasileiro, o apoio dos ilustres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 28 de abril de 2016.

Deputado Marcelo Squassoni
PRB/SP

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;

VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação,

independentemente de censura ou licença;
X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;
XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;
XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;
XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;
XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;
XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente;
XVII - é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar;
XVIII - a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;
XIX - as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado;
XX - ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;
XXI - as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;
XXII - é garantido o direito de propriedade;
XXIII - a propriedade atenderá a sua função social;
XXIV - a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição;
XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;
XXVI - a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento;
XXVII - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;
XXVIII - são assegurados, nos termos da lei:
a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas;
b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas;
XXIX - a lei assegurará aos autores de inventos industriais privilégio temporário para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País;
XXX - é garantido o direito de herança;
XXXI - a sucessão de bens de estrangeiros situados no País será regulada pela lei brasileira em benefício do cônjuge ou dos filhos brasileiros, sempre que não lhes seja mais favorável a lei pessoal do *de cujus* ;
XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;
XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;
XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:
a) o direito de petição aos poderes públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações

de interesse pessoal;
XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;
XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;
XXXVII - não haverá juízo ou tribunal de exceção;
XXXVIII - é reconhecida a instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, assegurados:
a) a plenitude de defesa;
b) o sigilo das votações;
c) a soberania dos veredictos;
d) a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida;
XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;
XL - a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu;
XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;
XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei;
XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;
XLIV - constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado democrático;
XLV - nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;
XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:
a) privação ou restrição da liberdade;
b) perda de bens;
c) multa;
d) prestação social alternativa;
e) suspensão ou interdição de direitos;
XLVII - não haverá penas:
a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
b) de caráter perpétuo;
c) de trabalhos forçados;
d) de banimento;
e) cruéis;
XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;
XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;
L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;
LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei;
LII - não será concedida extradição de estrangeiro por crime político ou de opinião;
LIII - ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente;
LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;
LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;
LVI - são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos;
LVII - ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;
LVIII - o civilmente identificado não será submetido a identificação criminal, salvo nas hipóteses previstas em lei;
LIX - será admitida ação privada nos crimes de ação pública, se esta não for intentada no prazo legal;
LX - a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;
LXI - ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei;
LXII - a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz

competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada;
LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;
LXIV - o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial;
LXV - a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária;
LXVI - ninguém será levado à prisão ou nela mantido quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança;
LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel;
LXVIII - conceder-se-á *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;
LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data* , quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público;
LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:
a) partido político com representação no Congresso Nacional;
b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;
LXXI - conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;
LXXII - conceder-se-á *habeas data* :
a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;
b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;
LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;
LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;
LXXV - o Estado indenizará o condenado por erro judiciário, assim como o que ficar preso além do tempo fixado na sentença;
LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:
a) o registro civil de nascimento;
b) a certidão de óbito;
LXXVII - são gratuitas as ações de *habeas corpus* e *habeas data* , e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.
LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.
§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.
§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 4º O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos

desamparados, na forma desta Constituição. *(Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)*

.....

.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade,

que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 5.126, DE 2016

(Do Sr. Geraldo Resende)

Altera as Leis 8.069, de 13 de julho de 1990 e 9.656, de 3 de junho de 1998.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4477/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O *caput* do art. 8º. da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências" passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, diagnóstico e tratamento de todos os agravos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde." (NR)

Art. 2º. O *caput* do art. 10 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, e de apoio diagnóstico das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:" (NR)

Art. 3º. Esta lei entra em vigor noventa dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A recente epidemia de microcefalia em decorrência da infecção pelo vírus Zika expôs múltiplas fragilidades no diagnóstico e tratamento da doença e suas sequelas. Veio à tona a indisponibilidade de testes diagnósticos em quantidade suficiente e de custo

acessível.

Enquanto o Sistema Único de Saúde não dispunha de insumos, os planos e seguros privados de saúde não ofereciam ressarcimento para a realização da sorologia.

Em nossa opinião, é indispensável que todas as moléstias que acometem a gestante e que influenciam, direta ou indiretamente, o desenvolvimento do feto, sejam detectadas e tratadas oportunamente. Isso se aplica não apenas à zicavirose, como também à sífilis, toxoplasmose, citomegalovirose e tantas outras que têm sido relegadas.

Em vista dessa experiência, julgamos por bem ressaltar no corpo da legislação pertinente o direito de acesso aos métodos de diagnóstico e ao tratamento integral no âmbito do Sistema Único de Saúde, e à sorologia no âmbito dos planos e seguros privados de saúde.

Acreditamos que essas medidas serão decisivas para conferir segurança às mulheres, gestantes e seus filhos. Por isso, espero o firme apoio de meus Pares para que sejam incorporadas à legislação brasileira com celeridade.

Sala das Sessões, em 02 de maio de 2016.

Deputado **GERALDO RESENDE**

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 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.
Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros

serviços e a grupos de apoio à amamentação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009)*
§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009 e com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
Art. 9º O Poder Público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.
§ 1º Os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 2º Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
.....
.....

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.191, DE 2016

(Do Sr. Jose Stédile)

Dispõe sobre o direito a acompanhamento pela pessoa hospitalizada.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7340/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Todo paciente hospitalizado tem direito à presença de um acompanhante em tempo integral, independente da presença de visitantes, sendo vedada a cobrança de taxa.

§ 1º O acompanhante obedecerá obrigatoriamente às normas administrativas, de higiene e de segurança da instituição de saúde, sob pena de desautorização.

§ 2º O menor e o incapaz somente poderão ser acompanhados por genitor,

responsável legal ou pessoa por eles nomeada.

Art. 2º Esta lei entra em vigor trinta dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A presença de um acompanhante é, para o paciente internado, um fator adjuvante importantíssimo para o restabelecimento. Além de significar um vínculo familiar com a sua vida normal, dá-lhe conforto e serenidade para enfrentar um período difícil como é uma internação hospitalar.

Ademais, o acompanhante presta ao internado assistência constante que seria impraticável somente com o estafe profissional. Não há, em última análise, motivos para que as instituições de saúde recusem a presença de acompanhante ou que a pretendam condicionar a pagamento de alguma espécie de taxa. O acompanhante que segue as regras da instituição é um colaborador que auxilia a equipe de saúde em diversos momentos, alivia parte de seu encargo e lhe permite atender mais adequadamente os pacientes. A presença de um acompanhante atento significa, não raro, a própria diferença entre a vida e a morte.

Ao apresentar o presente projeto de lei, tenho inteira convicção de seu mérito, lamentando somente a necessidade de emitir lei para garantir um direito tão elementar e uma medida tão obviamente benfazeja para todas as partes. Certo da concordância dos nobres pares peço-lhes os votos necessários para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 5 de maio de 2016.

Deputado JOSÉ STÉDILE

PROJETO DE LEI N.º 5.286, DE 2016

(Do Sr. Rodrigo Martins)

Altera a Lei 9.656 de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Presidente da República

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

Art. 1º O Art. 13, Inciso II, da Lei 9.656, de 3 de julho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

" Art. 13 .....

II – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos, no mesmo ano de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia

da inadimplência;

JUSTIFICAÇÃO

A vida hodierna nos presenteia com tecnologias e serviços antes inexistentes, mas que precisamos pagar por eles, os quais possuem legislações específicas determinando prazo para a suspensão do fornecimento por falta de pagamento, que é plenamente restabelecido com o fim da inadimplência, seja com a quitação totalmente do débito ou até mesmo por via de parcelamento acordado entre as partes.

Ocorre que, os Planos de Saúde estão legalmente autorizados a suspender ou a rescindir unilateralmente o contrato por não pagamento da mensalidade por período de sessenta dias, sendo consecutivos ou não, durante os últimos doze meses de vigência do contrato, ficando o usuário obrigado a cumprir novamente carência em virtude de novo contrato.

Nesse sentido, pode-se concluir que o cidadão está recebendo penalização dupla: os juros pelo atraso no pagamento da mensalidade e cumprimento de outra carência. Nos tempos atuais, uma crise que o país atravessa, muitas famílias estão conseguindo sobreviver fazendo rodízio mensal das despesas, o que não caracteriza má fé.

Dessa forma, há que se alterar essa lei desautorizando a contagem de 60 dias de maneira não ininterrupta, uma vez que a mora cobrada já possui natureza compensatória em detrimento daqueles que pagaram pontualmente, não sendo justo mais uma sanção cominando no constrangimento supracitado.

Plano privado de saúde não é questão de extravagância no Brasil, mas sim de necessidade básica para a sobrevivência pessoal e de seus dependentes, não podendo o estado continuar tutelando tal procedimento abusivo. Somos todos sabedores que o não cumprimento por um dos contratados gera quebra de contrato, e o serviço de prestação continuada não é diferente, mas permitir que por dias de atraso perfazendo no seu total 60 dias no decorrer de doze meses é um despropósito ganancioso capitalista, claramente observado no desequilíbrio dessa relação contratual.

Nenhuma outra prestadora de serviços a se dizer como exemplo companhias de água e luz, operadoras de telefones, tvs a cabo, permite-se que ajam assim , ainda mais quem trabalha com vida, que é o bem mais preciso do mundo. Não estamos querendo proteger maus pagadores e sim garantir justiça ao retornar o texto anterior da Lei que apenas previa 60 dias de atraso ininterruptos.

Solicito apoio dos meus pares para aprovação dessa importante proposição.

Sala das Sessões, 17 de maio de 2016.

RODRIGO MARTINS
Deputado Federal
PSB/PI

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. 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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 5.532, DE 2016

(Do Sr. Antonio Carlos Mendes Thame)

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

NOVO DESPACHO:

Devido ao arquivamento do PL 4844/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4844/2001 o PL 6677/2009, o PL 7694/2014, o PL 5532/2016 e o PL 8163/2017, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera os artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º. Os artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre

os planos e seguros privados de assistência à saúde, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do valor total anteriormente pago pela respectiva empresa. (NR)

.....

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do valor total anteriormente pago pela respectiva empresa." (NR)

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no ***caput*** *é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo valor total pago anteriormente pela respectiva empresa.". (NR)*

.....

Art. 3° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A presente proposição visa tornar ainda mais clara e objetiva as garantias estabelecidas na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, tendo em vista que as prestadoras de planos ou seguros-saúde têm colocado inúmeras restrições aos empregados demitidos sem justa causa e aos aposentados de usufruírem dos planos saúde aos quais estavam ligados anteriormente.

De acordo com a legislação vigente, os empregados demitidos sem justa causa, e os aposentados que se desligam das empresas podem continuar usufruindo dos planos ou seguros-saúde, desde que arcam com as contribuições que eram pagas anteriormente pelas empresas.

Pelos motivos explicitados acima, peço o apoio dos nobres Pares na aprovação desta importante matéria.

Sala das Sessões, em 9 de junho de 2016.

Deputado Antonio Carlos Mendes Thame
PV/SP

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. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.
§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.
§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.
§ 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória*

nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.622, DE 2016

(Do Sr. Rubens Bueno)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 - que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estender a sua aplicação aos planos de saúde coletivos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A ementa da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

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

Art. 2º Os artigos 1º, 8º, 9º, 14 e 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com as seguintes redações:

"Art.1°.....

Plano Privado Individual, Familiar, ou Coletivo de Assistência à Saúde: prestação

continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

.....

.....

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde."

.....

"Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

.....

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde.

.....

§ 3º .....

.....

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde;"

....."

"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:

.....

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de planos ou produtos individuais, familiares, ou coletivos caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial."

"Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados individuais, familiares, ou coletivos de assistência à saúde."

"Art. 16.....

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual, familiar, ou coletivo 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."

Art 3° Esta Lei entra em vigor 30 (trinta dias) após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei tem por objetivo evitar a omissão das agências reguladoras em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato ao invés do que já está disposto em lei. De acordo com o crescente aumento de adesão do consumidor para com a modalidade dos planos e seguros de saúde coletivos, se faz mais que necessário discutir mudanças na regulação.

Apresentamos a proposição, a partir da contribuição do eleitor Ivan Paulo Souza Martins, com a finalidade de prevenir que as operadoras de plano de saúde utilizem os planos coletivos de saúde como rota de fuga em relação à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. O plano coletivo pode ser de dois tipos: o empresarial, feito por empresas para seus funcionários; e o coletivo por adesão, feito por grupos formados em sindicatos ou associações.

Deve-se observar que a aprovação da Lei 9.656 pelo Congresso Nacional foi um marco histórico da regulação sobre o mercado dos Planos de Saúde, o qual trouxe restrição da liberdade das operadoras e ampliação da cobertura mínima a ser oferecida. Um significativo avanço em defesa dos usuários dos planos de saúde.

A insatisfação dos usuários de planos de saúde – muitos deles com mensalidades em valores estratosféricos – é frequente. Não é à toa que essas empresas estão sempre entre as líderes de reclamações junto aos órgãos de defesa do consumidor. Não bastassem as barreiras que muitos associados encontram na hora de utilizar seus planos de saúde (demora na marcação de consultas, exclusão de coberturas de exames e internações etc.), os usuários estão encontrando enormes dificuldades de contratar seu plano de saúde privado, pois as operadoras incentivam e, muitas vezes, ludibriam o consumidor por um contrato coletivo, pois para as operadoras de saúde este é um grande negócio, porque:

• A ANS tem muitas vezes sido omissa em relação aos planos coletivos, predominando o que estabelece o contrato feito entre a operadora e a empresa, a associação ou o sindicato;

• Os reajustes anuais não precisam de autorização prévia da ANS;

• Diferente do que ocorre com os contratos individuais e familiares, a legislação não proíbe explicitamente o cancelamento unilateral do contrato por parte das operadoras.

Em outros termos, o reajuste do plano coletivo não tem limite. Todo ano, a operadora decide qual será o aumento na mensalidade. E mais: mesmo pagando em dia, o associado/consumidor pode ainda assim ter o plano cancelado. Mas, difícil mesmo de imaginar é que tudo isso aconteça diariamente e não tenha nada de irregular.

Além do mais, de acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, o Idec, os planos individuais estão diminuindo porque os coletivos são mais lucrativos para as operadoras. Esse mercado de planos coletivos também tornou complicado entender como um contrato desses é feito. Hoje as operadoras não fazem mais contrato direto com o usuário. Elas têm administradoras terceirizadas. E os grupos de usuários que formam os planos coletivos são organizados por sindicatos ou associações de classe. Então, quando o consumidor contrata um plano coletivo por adesão, o mesmo entrou em um grupo das associações ou sindicatos, que contratou a administradora, que vai ter a operadora como uma prestadora de serviço. Na teoria, o consumidor só poderia entrar em um plano desses se fosse ligado a alguma entidade de classe. Na prática, os corretores podem dar um *jeitinho* nisso, até mesmo e em muitos casos sem o consumidor saber. Isso tem ocasionado parte do crescimento da adesão aos planos coletivos, causando um fenômeno que começa a ser conhecido no mercado como "falsa coletivização", ou seja, planos que se mascaram de coletivos para fugir do controle da ANS.

Com base no exposto, o presente Projeto de Lei pretende levar aos usuários de planos de saúde privado, tanto individuais como coletivos, igualdade de direitos, retirando a brecha encontrada pelas operadoras para fugir da lei dos Planos de Saúde, fazendo com que os planos coletivos e individuais tenham as mesmas regras rígidas, que hoje só se aplicam aos planos individuais. Nisso se incluem, por exemplo, o reajuste máximo do valor da mensalidade, que é definido todo ano pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Na mesma toada, a operadora só poderá cancelar o plano de saúde coletivo se o usuário efetivamente parar de pagar.

Daí decorre que a presente proposição vem ao encontro do interesse público porque atende às famílias que, pelas dificuldades encontradas para utilizar o SUS, passam a procurar atendimento em grupos de medicina privada, como os planos de saúde, e têm dado preferência aos planos coletivos, pois para os clientes o chamariz é o valor das prestações iniciais, cerca de 30% a 40% mais baratas do que nos planos individuais. Com efeito, inicialmente poderia parecer um bom negócio, mas as pessoas não sabem da falta de controle dos aumentos e da possibilidade de ter o contrato cancelado exatamente quando mais precisarem.

Dessa forma, conclamamos os nobres pares a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 20 de junho de 2016.

DEPUTADO RUBENS BUENO

PPS/PR

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 4º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 5º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 6º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 7º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44,*

de 24/8/2001)
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.779, DE 2016

(Do Sr. Simão Sessim)

Altera o Art. 8º parágrafo VI e o § 1º do inciso VII da lei nº 9.656 de junho de 1998 - Lei dos Planos de Saúde Privados.

NOVO DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 8º parágrafo VI e § 1º do parágrafo VII da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

Art.8º. Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde ***com objeto exclusivo*** devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS, ***desde que respeitadas a natureza jurídica e as especificidades relativas à forma de constituição da pessoa jurídica classificada como operadora*****:**

(...)

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais, **o tipo e a forma jurídica** de cada uma das respectivas operadoras, ***em estrita consonância com o disposto no inciso X, in fine, e §2º todos do art. 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000*****;**

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

§1º. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º, ***sendo vedado ao poder público exigir para o registro de funcionamento das operadoras classificadas nesta modalidade, mesmo que por analogia, quando constituídas sob a forma de associação, sindicato ou fundação, pela ausência de exploração de atividade econômica, comprovação de patrimônio mínimo e/ou capacidade econômico-financeira diversa da prevista nos atinentes instrumentos jurídicos de criação e demais atos constitutivos bem como na legislação disciplinadora das relações das pessoas jurídicas sem fins econômicos, sem prejuízo do disposto nos parágrafos do art.34 da presente lei com a nova redação dada pela Lei nº 13.127 de 26 de maio de 2015*****.**

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

JUSTIFICAÇÃO

A proposta visa corrigir, de uma vez por todas, a equivocada e deficiente interpretação, sobretudo de agentes públicos, porém observada também em órgãos de classe (como Conselhos, por exemplo) sobre o necessário, suficiente e idôneo modo de serem enquadradas as pessoas jurídicas sem fins lucrativos e/ou econômicos constituídas sob

a forma de associação, sindicato ou fundação, quando essas, registradas e cognominadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como autogestões, tenham que demonstrar as respectivas capacidades econômico-financeiras através de registros diametralmente opostos às suas naturezas jurídicas bem como realidades fáticas. Para tais hipóteses, verificou-se ser absolutamente inapropriada a comparação/analogia com as demais sociedades constituídas pela razão da chamada finalidade lucrativa e subsumidas às regras do Órgão Fiscal citado, para as quais, outrossim, são exigidas formatações próprias de demonstração, como a ínsita na Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 (Lei das Sociedades por Ações). Consequência disso, ou seja, da aplicação das incorreções com a justificativa da analogia, é a constatação de prejuízo para as próprias pessoas formadoras de tais grupos associativos, muitas componentes de fundações que, por si só, já são fiscalizadas pelo Ministério Público, da soberania prevista constitucionalmente para os atinentes órgãos deliberativos dessas pessoas jurídicas, deturpação da natureza das mesmas em desacordo também com a vedação constitucional da interferência estatal, provocando muitas vezes, inclusive, confusão jurídica, conflito de informações, insegurança jurídica e por aí em diante.

Ora, sabe-se que a própria lei de criação da ANS determina que sua atuação obedecerá (portanto, é dever-poder do Estado e não o contrário) "*às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.*", assim como que deve definir a segmentação "*observado as peculiaridades*" das pessoas jurídicas nela inserida (art.4º, X e §2º da Lei nº 9.961/2000); destarte, com o fito de não se perder de vista a chamada interpretação sistemática, a inclusão dessa menção no inciso VI do art.8º da Lei nº 9.656/98 evidenciará e lembrará (didaticamente), para o intérprete, que a regra nele consignada não pode estar desassociada à prevista na Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, obstando-se, terminantemente, uma prática infelizmente observada ao longo de anos e anos. Mesmo não havendo relação de consumo entre os filiados nessas entidades, nos termos do Código Civil, a vida associativa, considerada individualmente, será salvaguardada, atingindo-se, por ilação, a boa intenção do Órgão Regulador. Há que ser lembrando, por oportuno, que as ações, projetos, deliberações e homologações (inclusive de balancetes financeiros), são, em tese, apresentados, eleitos, debatidos e deliberados pelo próprio grupo que deve ter a capacidade de gerir e proteger os próprios interesses, segundo, notadamente seus atos constitutivos bem como princípios básicos, entre os quais o da transparência, solidariedade, compromisso e responsabilidade associativos, jamais se perdendo de vista a razão de ser das pessoas jurídicas sem fins lucrativos e/ou econômicos.

Sala das sessões, em 07 de julho de 2016.

Deputado Simão Sessim

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 4º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 5º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 6º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 7º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O disposto no *caput* não se aplica às entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação desta Lei, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.127, de 26/5/2015)*
§ 2º As entidades de que trata o § 1º poderão, desde que a hipótese de segregação da finalidade estatutária esteja prevista ou seja assegurada pelo órgão interno competente, constituir filial ou departamento com número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sequencial ao da pessoa jurídica principal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.127, de 26/5/2015)*
§ 3º As entidades de que trata o § 1º que optarem por proceder de acordo com o previsto no § 2º assegurarão condições para sua adequada segregação patrimonial, administrativa, financeira e contábil. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.127, de 26/5/2015)*
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de*

24/8/2001)
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....
Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados

de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;

d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

LEI Nº 13.127, DE 26 DE MAIO DE 2015

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para eximir as entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação da obrigação de constituir pessoa jurídica independente, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º O art. 34 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º, 2º e 3º:
"Art. 34. .....
§ 1º O disposto no caput não se aplica às entidades de autogestão constituídas sob a forma de fundação, de sindicato ou de associação que, na data da publicação desta Lei, já exerciam outras atividades em conjunto com as relacionadas à assistência à saúde, nos termos dos pertinentes estatutos sociais.
§ 2º As entidades de que trata o § 1º poderão, desde que a hipótese de segregação da finalidade estatutária esteja prevista ou seja assegurada pelo órgão interno competente, constituir filial ou departamento com número do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sequencial ao da pessoa jurídica principal.
§ 3º As entidades de que trata o § 1º que optarem por proceder de acordo com o previsto no § 2º assegurarão condições para sua adequada segregação patrimonial, administrativa, financeira e contábil." (NR)
Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de maio de 2015; 194º da Independência e 127º da República.

MICHEL TEMER
Arthur Chioro

LEI Nº 6.404, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1976

Dispõe sobre as sociedades por ações.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
CARACTERÍSTICAS E NATUREZA DA COMPANHIA OU SOCIEDADE ANÔNIMA

Características

Art. 1º A companhia ou sociedade anônima terá o capital dividido em ações, e a responsabilidade dos sócios ou acionistas será limitada ao preço de emissão das ações subscritas ou adquiridas.

Objeto Social

Art. 2º Pode ser objeto da companhia qualquer empresa de fim lucrativo, não contrário à lei, à ordem pública e aos bons costumes.
§ 1º Qualquer que seja o objeto, a companhia é mercantil e se rege pelas leis e usos do comércio.
§ 2º O estatuto social definirá o objeto de modo preciso e completo.
§ 3º A companhia pode ter por objeto participar de outras sociedades; ainda que não prevista no estatuto, a participação é facultada como meio de realizar o objeto social, ou para beneficiar-se de incentivos fiscais.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.910, DE 2016

(Do Sr. Rafael Motta)

Altera o caput do art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) para garantir à pessoa idosa o direito a acompanhante em unidades de terapia intensiva.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-6125/2005.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O caput do art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 16 Ao idoso internado, mesmo em unidades de terapia intensiva, ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico." (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor sessenta dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O progresso inegável que a medicina e o tratamento dos enfermos experimentaram na era industrial tem dois aspectos: um, mais frequentemente noticiado e mais óbvio, é o avanço técnico-científico; o outro, não menos importante, é a humanização dos hospitais e do acolhimento dos pacientes. Esse processo de humanização levou, para ficar em somente dois exemplos, ao fechamento dos manicômios e à garantia da presença de acompanhante para pacientes internados.

A evolução técnica da medicina, da enfermagem e das demais profissões da saúde é ininterrupta. Diariamente as publicações especializadas e leigas divulgam novos conhecimentos, novas técnicas e novos recursos diagnósticos e terapêuticos. Da

mesma forma, o progresso no trato dos pacientes deve ser buscado sempre que possível.

O presente projeto de lei insere-se nessa busca de continuar humanizando o atendimento em saúde. Os idosos, em função das limitações e comprometimentos inerentes à idade, são os que mais frequentemente ocupam os leitos de terapia intensiva e os que têm as internações mais prolongadas. Estão também entre os pacientes de saúde mais delicada e que mais demandam cuidados.

Em uma unidade de terapia intensiva (UTI) todos os pacientes são, por definição, graves. Com frequência a demora da equipe para atuar, causada por um simples equipamento desligado ou pela necessidade de prestar atendimento urgente a outro paciente, torna pequenas intercorrências fatores de piora do quadro. O deslocamento de uma máscara de oxigênio, a cessação do fluxo de medicamento por obstrução do equipo são problemas que um acompanhante detectaria imediatamente e em vários casos poderia corrigir.

Atualmente, a presença de acompanhante em unidades de terapia intensiva deixa de ser tabu e passa a ser objeto de estudo e mesmo de recomendação de equipes de enfermagem.

A redação atual do art. 16 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) garante a presença do acompanhante para o idoso sob observação ou internado, sem restringir a mesma em UTIs. Na realidade, contudo, aqueles serviços tradicionalmente não admitem acompanhantes e dificilmente têm previsão para tal. Eis porque julgamos necessário garantir expressamente o direito no texto legal.

Ao fazê-lo, tivemos o cuidado de manter o parágrafo único daquele artigo, que reserva ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Sabemos que a maioria das UTIs atuais oferece bem pouca privacidade, e o exercício do direito de um paciente ao acompanhante fatalmente colidiria com o direito dos outros a preservar a própria intimidade. Existem também situações que contraindicam a presença do acompanhante, como o de pacientes em isolamento por enfermidades contagiosas.

A implantação da nova disposição será necessariamente gradual, mas precisa que o primeiro passo seja dado.

Ao apresentar a presente proposição aos nobres pares, conto com seus votos necessários para aprová-la e dar esse passo.

Sala das Sessões, em 02 de agosto de 2016.

Deputado **RAFAEL MOTTA**
PSB-RN

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 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

.....

TÍTULO II

DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV

DO DIREITO À SAÚDE

.....

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 6.033, DE 2016

(Da Comissão de Legislação Participativa)

Sugestão nº 66/2016

Altera a Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

"Art. 4º.....

§ 4º O rol de procedimentos e eventos em saúde especificado no inciso III do caput será atualizado anualmente. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. A competência para elaborar o Rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), segundo estabelece o art. 4°, III, da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. É por meio dessa lista de referência que os avanços científicos e tecnológicos em saúde são disponibilizados para a população beneficiária dos planos de saúde.

Como a lei não estabelece a periodicidade da revisão do rol, a ANS tem realizado essa revisão a cada dois anos. E o faz com suporte do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE, composto por entidades representativas de todos os grupos de interesse do setor, para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Dada a importância do rol para a garantia do acesso a procedimentos essenciais para a saúde, cremos que a sua revisão deva ocorrer **anualmente**. Trata-se de conferir maior agilidade à incorporação de procedimentos considerados seguros e eficazes e também à exclusão daqueles que tenham se tornado obsoletos. Ademais, não se justifica que a lista fique defasada ao longo de dois anos, sobretudo considerando o rápido e exponencial avanço da medicina e das tecnologias em saúde.

Por termos a convicção de que a medida proposta irá beneficiar milhões de brasileiros que dependem dos planos de saúde privados, solicitamos o apoio dos nobres Parlamentares desta Casa Legislativa para a aprovação do projeto.

Sala das Sessões, em 23 de agosto de 2016.

Deputado **CHICO LOPES**
Presidente

SUGESTÃO N.º 66, DE 2016
(Do INSTITUTO ONCOGUIA)

Sugere à Comissão de Legislação Participativa Projeto de Lei que altera a Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências, a fim de determinar a obrigatoriedade de atualização anual do rol de procedimentos e eventos em saúde.

COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA

I – RELATÓRIO

A sugestão em epígrafe foi encaminhada à Comissão de Legislação Participativa no corrente ano pela Ilma. Srª. Luciana Holtz Camargo Barros, responsável pelo Instituto ONCOGUIA, entidade sem fins lucrativos, localizada em São Paulo—SP, qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público — OSCIP, cujo objetivo é o de “ajudar o paciente com câncer a viver melhor por meio de ações de educação,

conscientização e defesa dos direitos” de tais pacientes.

No Ofício encaminhado a este Órgão Técnico, a aludida senhora encaminha em anexo minuta de Projeto de Lei propondo a obrigatoriedade de revisão anual do rol de procedimentos e eventos em saúde, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS. Para tanto, propõe que seja alterada a redação da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que “cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências”, mais especificamente a inclusão de novo parágrafo no art. 4, da indigitada norma.

A minuta de proposição vem acompanhada de Justificação em que são destacados, entre outros aspectos, que a revisão em questão ocorre a cada dois anos, mas que tal periodicidade é muito longa, sendo necessário dar maior agilidade à incorporação de procedimentos seguros e eficazes e exclusão dos considerados obsoletos da cobertura dos planos de saúde.

É o Relatório.

II – VOTO DO RELATOR

DO CONHECIMENTO

Seguindo o estabelecido no art. 32, XVII, “a”, do Regimento Interno desta Casa, esta sugestão de iniciativa legislativa deve ser conhecida, pois se trata de proposta oferecida por sociedade reconhecidamente de interesse social, sem fins lucrativos, podendo ser classificada como “entidade organizada da sociedade civil”.

DO MÉRITO

Não pairam dúvidas quanto ao mérito da proposta encaminhada pela diligente organização, Instituto ONCOGUIA, responsável por um notável trabalho nos campos social, sanitário, educativo e de defesa dos direitos dos pacientes.

Os argumentos arrolados para embasar a proposição são consistentes, pois a velocidade com que a ciência e a tecnologia avançam, mormente no que concerne à área de saúde, cria quase que uma premência para que se faça a expedita incorporação de tais avanços ao rol de procedimentos.

De fato, a defasagem de dois anos pode ser extremamente prejudicial para os usuários do sistema suplementar, de forma a impedir o acesso a todo um arsenal de diagnóstico e tratamento que pode significar a diferença entre a vida e a morte, entre o bem-estar e a aquisição de sequelas.

Isto posto, manifestamo-nos favoravelmente à transformação da Sugestão nº 66, de 2016 em proposição legislativa desta Comissão.

Sala da Comissão, em 27 de julho de 2016.

Deputado CHICO LOPES
Relator

PROJETO DE LEI N.º , DE 2016

Altera a Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1 O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

"Art. 4º.....

§ 4º O rol de procedimentos e eventos em saúde especificado no inciso III do caput será atualizado anualmente. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. A competência para elaborar o Rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), segundo estabelece o art. 4°, I1I, da Lei 9.961, de 28/01/2000. É por meio dessa lista de referência que os avanços científicos e tecnológicos em saúde são disponibilizados para a população beneficiária dos planos de saúde.

Como a lei não estabelece a periodicidade da revisão do rol, a ANS tem realizado essa revisão a cada dois anos. E o faz com suporte do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE, composto por entidades representativas de todos os grupos de interesse do setor, para análise das questões pertinente à cobertura assistencial obrigatória a ser assegurada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Dada a importância do rol para a garantia do acesso a procedimentos essenciais para a saúde, cremos que a sua revisão deva ocorrer **anualmente**. Trata-se de conferir maior agilidade à incorporação de procedimentos considerados seguros' e eficazes e. também. À exclusão daqueles que tenham se tornado obsoletos. Ademais, não se justifica que a lista fique defasada ao longo de dois anos, sobretudo considerando o rápido c exponencial avanço da medicina e das tecnologias em saúde.

Por termos a convicção de que a medida proposta irá beneficiar milhões de brasileiros que dependem dos planos de saúde privados, solicitamos o apoio dos nobres Parlamentares desta Casa Legislativa para a aprovação do projeto.

Sala das Sessões, em 27 de julho de 2016

Deputado CHICO LOPES
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Legislação Participativa, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente a Sugestão nº 66/2016, nos termos do parecer do relator, Deputado Chico Lopes.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Chico Lopes - Presidente, Ronaldo Lessa e Luiz Couto - Vice-Presidentes, Aliel

Machado, Glauber Braga, Jô Moraes, Lincoln Portela, Luiza Erundina, Pastor Luciano Braga, Raquel Muniz, Celso Jacob e Leonardo Monteiro.

Sala da Comissão, em 2 de agosto de 2016.

Deputado CHICO LOPES
Presidente

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 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas

operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.175, DE 2016

(Do Sr. Rafael Motta)

Altera o art. 32, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para ressarcir o ente federativo que prestou o serviço.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O § 1º, do Art. 32, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. .....

§ 1º - O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras ao ente federativo prestador do serviço, com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde – FNS". (NR)

.....

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

JUSTIFICATIVA

O ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS, criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e regulamentado pelas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, constitui a obrigação legal das operadoras de planos privados de assistência à saúde de restituir as despesas do SUS em eventuais atendimentos a pacientes que estejam cobertos pelos respectivos planos.

O ressarcimento tem caráter indenizatório, constituindo reparação pelo enriquecimento sem causa, decorrente do ganho que obtém a operadora quando seus segurados procuram atendimento médico nas instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

De acordo com a ANS, os pagamentos efetuados para a agência reguladora são repassados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS. Para que isso seja feito, a ANS identifica o paciente atendido pelo sistema público e cruza as informações desse paciente com o banco de dados da agência reguladora, cujo cadastro de usuários é abastecido pelos próprios planos de saúde. A partir da identificação de um usuário com plano de saúde que tenha sido atendido pelo SUS, a ANS notifica a operadora sobre os valores que devem ser ressarcidos.

No entanto, o ressarcimento deveria destinar-se a beneficiar o ente federativo prestador do serviço, mediante crédito ao FNS, uma vez que a estrutura fornecida pelo ente, a exemplo do leito, dos materiais hospitalares, dos medicamentos e da disponibilização de médicos e enfermeiros, deixou de ser utilizada por um paciente sem condições financeiras de contratar um plano privado, aumentando o déficit no atendimento de pessoas que realmente necessitam do serviço público.

Podemos perceber que o ressarcimento ao SUS torna-se ainda mais injusto quando observamos a extensão territorial do país e as desigualdades entre as suas regiões, que são refletidas em todos os setores, inclusive, na saúde. Portanto, não é coerente que o valor despendido pelo ente federativo no atendimento de paciente contratante de plano de saúde seja, futuramente, devolvido à União.

Para corrigir esta lacuna e tornar o processo menos burocrático, propomos a alteração da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para reparar diretamente o ente prejudicado, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde, com o objetivo de garantir que o valor ressarcido seja destinado a quem arcou com o atendimento.

Por fim, é importante ressaltar que o ressarcimento é uma forma de evitar que as operadoras de saúde se esquivem de manter uma rede credenciada adequada aos seus beneficiários, bem como representa um caminho para estimular o cumprimento do que foi contratado pelo consumidor, em todo território nacional.

Diante do exposto e por entender ser de grande relevância a presente iniciativa, contamos com o apoio dos nobres pares para a aprovação da matéria.

Sala das sessões, em 19 de setembro de 2016.

Deputado Rafael Motta

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.455, DE 2016

(Do Sr. Cabo Sabino)

DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE A AVISAR PREVIAMENTE E INDIVIDUALMENTE AOS CONSUMIDORES SOBRE O DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS E MÉDICOS.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4036/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ficam as operadoras de planos de saúde obrigadas a notificarem prévia e individualmente aos conveniados sobre o descredenciamento de hospitais e médicos.

Parágrafo único - A comunicação se dará, no prazo mínimo de 30 dias antes do descredenciamento de hospitais e médicos.

Art. 2º O descumprimento desta lei sujeitará o infrator às seguintes sanções:

I - Advertência por escrito da autoridade competente;

II - Multa

Art. 3º A fiscalização do cumprimento desta lei e a aplicação das penalidades referidas no artigo anterior serão exercidas pelas autoridades competentes e de órgãos de defesa do consumidor.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O consumidor busca no plano um hospital de qualidade, de preferência próximo à residência ou, ainda, o serviço de determinada clínica ou médico especializado e, quando efetivamente assina o contrato com a operadora de saúde, tem a certeza de que quando precisar contará com atendimento irrestrito naquela entidade hospitalar.

Entretanto, muitas vezes as operadoras de planos de saúde descredenciam médicos e hospitais sem informar previamente aos seus assegurados.

Recentemente a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça se manifestou postulando sobre a obrigatoriedade dos planos de saúde prestarem informações sobre o descredenciamento individualmente aos seus consumidores.

Deve-se ter em mente que o consumidor não pode, em hipótese alguma, ser prejudicado pelo descredenciamento de prestador de serviço, principalmente enquanto estiver em tratamento. Caso o descredenciamento - seja por iniciativa do plano de saúde, seja por iniciativa do prestador hospitalar, o consumidor deve ser informado em tempo hábil.

Nesse sentido apresentamos esse projeto visando instituir no a regulamentação quanto as informações prestadas aos consumidores, devendo tais serem prévias ao descredenciamento, bem como terem prazo hábil a não causarem aos consumidores interrupções em seus tratamentos, gerando enormes prejuízos aos mesmos.

Desta forma, com a finalidade de informar e proteger os consumidores, solicitamos aos nobres pares a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 9 de novembro de 2016.

Deputado Federal CABO SABINO

PROJETO DE LEI N.º 6.941, DE 2017

(Da Sra. Jozi Araújo)

Altera a Lei nº 9.656, de junho de 1998, acrescendo as definições dos tipos de contratações dos planos privados de assistência à saúde e estabelece obrigações para administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5622/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, as definições dos tipos de contratação dos planos privados de assistência à saúde e estabelece obrigações às administradoras e operadoras de planos de assistência à saúde

Art. 2º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos parágrafos 2º ao 6º, renumerando-se o parágrafo único para §1º.

"§2º Entende-se por Plano Privado de Assistência à Saúde Individual ou Familiar aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

§3º Entende-se por Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§4º Entende-se por Plano Privado de Assistência à Saúde Coletivo por Adesão, aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantém vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

§5º Poderá aderir ao plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, desde que previsto contratualmente, o grupo familiar do beneficiário titular até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade,

cônjuge ou companheiro.

§6º Caberá tanto à administradora quanto à operadora de plano de assistência à saúde, exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão que trata o §4º deste artigo, e a condição de elegibilidade do beneficiário, que deverá se dar pela apresentação da filiação formal à entidade contratante".

Art. 2º Esta lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 universalizou o acesso dos brasileiros à saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde. Entretanto, passados mais de 28 anos, nos deparamos com um sistema caro, restrito e deficiente. Essa situação tem empurrado as classes tidas como A, B e C para a contratação de planos de saúdes privados, caros e muitas vezes limitados frente às necessidades de seus beneficiados. Não menos aflitiva para os beneficiários é a compreensão dos contratos apresentados pelas operadoras, que possuem um linguajar extremamente técnico, desconexos e muitas vezes conflitantes. Frente à essa realidade, estamos propondo que sejam incluídos na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 as definições dos tipos de contratação dos planos privados de assistência à saúde.

Em nossa proposta estamos tornando responsável, de forma solidária, as administradoras de plano de assistência à saúde, pela filiação formal do beneficiário à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão, bem como pela regular situação da pessoa jurídica contratante. Com isso pretendemos coibir a venda de "gato por lebre", onde o beneficiário é levado a achar que está contratando um plano familiar ou empresarial, quando na verdade está se juntando por adesão a um plano de uma entidade classista com a qual não mantém nenhum vínculo de fato, descobrindo essa artimanha das operadoras quando recebe ficha para se filiarem ou quando do recebimento do comunicado do reajuste de seu plano de saúde, negociado pela instituição.

Há que se considerar que tais definições já constam das Resoluções Normativas n,ºs. 195/2009 e 389/2015 da Agência Nacional de Saúde (ANS), que são de efeito interno, não possuindo força de Lei. Resta, portanto, positivar tais definições a fim de trazer maior segurança jurídica aos segurados.

Por esses motivos é que peço o apoio de meus pares para aprovar o presente Projeto de Lei.

Sala da Sessões, 15 de fevereiro de 2017

Jozi Araújo
Deputada Federal

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

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 NORMATIVA 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 I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação 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.
Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:
I – individual ou familiar;
II – coletivo empresarial; ou
III – coletivo por adesão.
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 389, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2015

Dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa n° 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o art. 3º, os incisos XIX, XXXI e XXXVI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e inciso III do artigo 6º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, em reunião realizada em 18 de novembro de 2015, adotou a seguinte Resolução, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade de as operadoras de planos privados de assistência à saúde, doravante denominadas operadoras, disponibilizarem um conteúdo mínimo obrigatório de informações:
I – aos seus beneficiários titulares e dependentes; e
II - às pessoas jurídicas contratantes de planos privados de saúde e às administradoras de benefícios.
Art. 2º Todo o conteúdo de informações obrigatórias de que trata esta resolução deverá ser disponibilizado obrigatoriamente em meio digital, através de área específica e restrita no portal da operadora na Internet.
§ 1º A disponibilização considera-se ocorrida no momento em que é dado acesso ao usuário para consulta às informações dispostas em área específica e restrita, através do portal da operadora na Internet.
§ 2° A operadora poderá disponibilizar, integral ou parcialmente, o conteúdo de que trata o caput deste artigo através de aplicativos disponíveis em computadores, tablets e celulares.
§3° Todo o conteúdo disponibilizado em área específica e restrita do portal da operadora, na forma do caput deste artigo, deverá ser passível de impressão através do portal da operadora.
§ 4º A operadora deverá providenciar diretamente ao beneficiário, titular ou dependente, e também à pessoa jurídica contratante de plano privado de assistência à saúde, ou à administradora de benefícios, mediante solicitação formal, a expedição em material impresso das informações obrigatórias respectivas a cada um deles, conforme disposto nesta Resolução no prazo máximo de trinta dias, salvo se previsto prazo diverso nesta Resolução.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.948, DE 2017

(Do Sr. Professor Victório Galli)

Acrescenta o parágrafo único ao Art. 27 da Lei 9.656, de 3 de junho de

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

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - O Art. 27 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1.998. (Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde) passa a vigorar com inserção do parágrafo único:

Art. 27.....

.....

§ único – Antes ou após a fixação e aplicação da multa, a ANS poderá em análise de conveniência e oportunidade converter a penalidade pecuniária do inciso II, Art. 25, em prestação de serviços em saúde pública pela operadora de planos privados.

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

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei chega à esta Casa para tratar de multas aplicadas às operadoras de planos de saúde, as quais têm reclamado dos valores das multas aplicadas pela ANS. para se ter uma ideia; em cada consulta com especialistas custa em média, R$ 100 reais para as operadoras, já quando há atraso ou algum problema nesta consulta a multa aplicada poderá chegar até R$ 100 mil reais. Realmente um valor desproporcional, causando um desequilíbrio econômico-financeiro nas operadoras dos planos de saúde.

Defendo sempre o menos favorecido e o hipossuficiente em qualquer relação de consumo, mas temos que entender que precisamos criar saídas para certo imbróglio no mercado de planos de saúde. É trivial as ocorrências de reclamações contra planos de saúde, isso é fato. Mas esta proposta de lei vem para proteger o consumidor e ao mesmo tempo regrar o poder público em detrimento das operadoras de planos privados, para que as multas aplicadas ou em fase de análise pela ANS possam ter finalidades de prestação de serviços para a população brasileira que precisa do sistema único de saúde.

Neste sentido, rogo aos pares desta Casa a análise e aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, 16 de fevereiro de 2017.

Deputado Professor Victório Galli
PSC-MT

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. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§2º *(VETADO na Lei nº 12.973, de 13/5/2014)*
Art. 28. *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.175, DE 2017

(Do Sr. Veneziano Vital do Rêgo)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para garantir que as mulheres que estejam até na 18º semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2901/2008.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para garantir que as mulheres que estejam até na 18º semana gestacional que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica tenham direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da

condição gestacional em situações de urgência.

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte §2º, transformando-se o atual parágrafo único em § 1º:

"Art. 35-C. .....

.....

§ 2º As mulheres que estejam até na 18º semana de gestação que contratem planos de saúde hospitalares com cobertura obstétrica têm direito a atendimento integral, inclusive à realização de cirurgias, em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional em situações de urgência". (NR)

Art 3º Esta lei entra em vigor 180 dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Antes da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998[10], as operadoras de planos de saúde alegavam prejuízo com usuários que, ao se darem conta de que deveriam fazer uma cirurgia ou submeter-se a um tratamento, procuravam se filiar a um plano de saúde para, logo após o término da cirurgia ou tratamento, desfiliarem-se.

Já os usuários apontavam a prática abusiva de operadoras, que impunham prazos de carência muito longos e que procuravam enquadrar diversas moléstias como preexistentes para se eximirem de cobertura dos respectivos tratamentos.

Com a entrada em vigor da Lei nº 9.656, de 1998, parte dessas distorções e abusos foi sanada. Imperou na decisão do legislador a convicção de que entre o lucro da operadora e o direito do usuário deve viger o equilíbrio. Reconheceu-se que as operadoras não são entidades benemerentes e sim privadas e, como tal, buscam legitimamente a lucratividade de suas carteiras, mas também ficou claro que o usuário é a parte fraca da relação e, dessa forma, deve ser protegido contra práticas abusivas e lesões a seus direitos de consumidor.

Nesse contexto, é importante destacar que a Lei nº 9.656, de 1998, prevê exigências mínimas para os contratos de planos de assistência à saúde. Entre elas, destaca-se a limitação do prazo de carência para o uso do plano, em razão de determinadas circunstâncias relacionadas ao contratante. No entanto, algumas dessas limitações legais ainda não são suficientes para garantir determinados direitos da gestante consumidora dos planos de saúde.

A regra atual de carência para gestantes consta do art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 1998. Abaixo, transcrevemos o dispositivo:

"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:

[10] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm

(...)

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;"

A Súmula Normativa nº 25, de 13 de setembro de 2012, explica que:

"QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO.

1. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.

2. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

2.1 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e

2.2 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

2.2.1 - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;

2.2.2 - persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

2.2.3 - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

2.2.4 - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

3. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto".

Esse entendimento é baseado na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 1998[11], cujo art. 4º determina que:

"Art. 4° Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir

[11] http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAw

os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2° para o plano ambulatorial".

Vemos, assim, que, de acordo com as normas atualmente vigentes, a mulher que tenha contratado plano da segmentação hospitalar com obstetrícia tem direito a cobertura total do parto após 300 dias, ou, em caso de urgência relacionada ao parto, após 180 dias da assinatura do contrato. Antes disso, ela é amparada, apenas, por 12 horas. Depois desse lapso temporal, cessa a cobertura do plano de assistência à saúde.

Para nós, essa norma é injusta e atenta contra a dignidade da pessoa humana. Acreditamos que as mulheres que estejam comprovadamente grávidas de até 18 semanas e que ingressem nos planos de saúde não devem ter seu direito de atendimento de urgência decorrente da condição gestacional negado ou limitado. Ademais, não podem ser restritas as cirurgias relacionadas ao seu processo gestacional.

Por isso, propomos este Projeto de Lei, com o objetivo de aprimorar a redação da Lei nº 9.656, de 1998, para que seja sanada essa situação de inequidade que atinge as gestantes beneficiárias de planos de saúde com plano de segmentação hospitalar com obstetrícia.

Com a redução da carência relacionada ao processo gestacional, mais mulheres poderão vincular-se aos planos de assistência à saúde, com a certeza de que não serão deixadas à própria sorte nos momentos de maior necessidade.

Sala das Sessões, em 21 de março de 2017.

Deputado VENEZIANO VITAL DO RÊGO

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente

às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm

sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
.....
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando as regras para planos privados de assistência à saúde com cobertura obstétrica, previstas no inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

Considerando a regra para planos privados de assistência à saúde acerca da inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, prevista no inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando as formas de imposição de carência para planos privados de assistência à saúde, dispostas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; e

Considerando a RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, que dispõe, dentre outras questões, a respeito de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e Cobertura Parcial Temporária (CPT) em planos privados de assistência à saúde; e a Resolução CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

Resolve adotar os seguintes entendimentos vinculativos:

QUANTO À COBERTURA ASSISTENCIAL DO PARTO.

1. A beneficiária de plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia tem garantida a cobertura do parto a termo e a internação dele decorrente após cumprir o prazo de carência máximo de 300 (trezentos) dias.

2. Em plano privado de assistência à saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, no que concerne à cobertura do atendimento de urgência relacionada a parto, decorrente de complicação no processo gestacional, observam-se as seguintes peculiaridades:

2.1 - caso a beneficiária já tenha cumprido o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias, o parto e a internação dele decorrente têm cobertura integral garantida; e 2.2 - caso a beneficiária ainda esteja cumprindo o prazo de carência máximo de 180 (cento e oitenta) dias:

2.2.1 - deverá ser garantido o atendimento de urgência, limitado até as 12 (doze) primeiras horas, excetuando-se o plano referência, cuja cobertura é integral;

2.2.2 - persistindo necessidade de internação ou havendo necessidade de realização de procedimentos exclusivos de cobertura hospitalar para a continuidade do atendimento, a cobertura cessará;

2.2.3 - uma vez ultrapassadas as 12 (doze) primeiras horas de cobertura, ou havendo necessidade de internação, a remoção da beneficiária ficará à cargo da operadora de planos privados de assistência à saúde; e

2.2.4 - em caso de impossibilidade de remoção por risco de vida, a responsabilidade financeira da continuidade da assistência será negociada entre o prestador de serviços de saúde e a beneficiária.

3. A contratação de plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo beneficiário-pai não garante a cobertura do parto caso a mãe não seja beneficiária do mesmo plano ou, caso seja beneficiária, não tenha cumprido as carências para parto.

QUANTO À INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA.

4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

4.1. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;

4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e

4.3. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição

no plano de saúde.
.....
.....

RESOLUÇÃO CONSU Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,
RESOLVE:
.....
Art. 4° Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.
Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2° para o plano ambulatorial.
Art. 5° O plano ou seguro referência[2] deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.501, DE 2017

(Do Sr. Benjamin Maranhão)

Altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, para vedar que o prestador de serviço e o profissional de saúde contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde pratique a diferenciação da agenda para pacientes de planos de saúde e pacientes particulares, assim chamados os que pagam com recurso próprio e direto.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5912/2013.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 39º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 39º .....

.....

XIV - Utilizar ou priorizar agenda ao atendimento de pacientes que pagam com recurso próprio e direto, sem terceirização ou intermédio de outra empresa, em detrimento de pacientes usuários de planos de saúde.

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

Justificação

Não é difícil encontrar notícias veiculadas pela mídia, de consultórios e clínicas médicas diferenciarem a agenda para pacientes de planos de saúde e pacientes particulares, assim denominados os que pagam com recurso próprio e direto, sem terceirização ou intermédio de outra empresa.

Tal prática, de início, parece ser irregular e abusiva, pois fere o princípio constitucional da igualdade dos cidadãos e o direito básico do consumidor à proteção da saúde.

Segundo especialistas, muitos médicos deixaram os convênios e optaram pelo atendimento puramente particular. Os médicos que ainda atendem planos têm reservado cada vez menos espaço na agenda para pacientes conveniados, priorizando particulares.

Dentre os fatores que estão levando médicos a só atender pacientes particulares, destaca-se a maior remuneração (a consulta chega a custar dez vezes mais do que a paga pelo plano), os procedimentos mais ágeis (como prazos para pagamento impostos pelos planos), uma quantidade número de pacientes para atender e mais tempo para se dedicar a eles.

Enfim, com a falta de disponibilidade para pacientes usuários de planos de saúde, os médicos cobram o que querem pelas consultas, e o consumidor não tem coragem de negociar, se sente refém da situação.

Diante do exposto propomos a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 26 de abril de 2017

Deputado **BENJAMIN MARANHÃO**
Solidariedade/PB

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 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO V
DAS PRÁTICAS COMERCIAIS

.....

Seção IV
Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço,

bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;
II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;
III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;
IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;
V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;
VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;
VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;
VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);
IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
XI - *Dispositivo acrescido pela Medida Provisória nº 1.890-67, de 22/10/1999, transformado em inciso XIII, em sua conversão na Lei nº 9.870, de 23/11/1999*
XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.870, de 23/11/1999)*
XIV - *(Vide Lei nº 13.425, de 30/3/2017)*
Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.
Art. 40. O fornecedor de serviço será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio discriminando o valor da mão-de-obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços.
§ 1º Salvo estipulação em contrário, o valor orçado terá validade pelo prazo de dez dias, contado de seu recebimento pelo consumidor.
§ 2º Uma vez aprovado pelo consumidor, o orçamento obriga os contraentes e somente pode ser alterado mediante livre negociação das partes.
§ 3º O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos decorrentes da contratação de serviços de terceiros não previstos no orçamento prévio.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.589, DE 2017

(Do Sr. Pastor Luciano Braga)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho, de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde para garantir o direito à inscrição de dependente sujeito à guarda ou a tutela do beneficiário, bem como o alimentando.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5143/2009.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Acrescenta-se o seguinte inciso VIII ao artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho, de

1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde:

"Art. 12 .....

.....

VIII - possibilidade de inscrição de dependente sujeito à guarda ou tutela do beneficiário, bem como o alimentando devidamente declarado em Imposto de Renda....."(NR)

Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei visa possibilitar que a pessoa que seja economicamente dependente do beneficiário tenha a possibilidade jurídica de ser inscrita no Plano de Saúde.

A apresentação da referida proposição justifica-se em virtude da Resolução 195/09, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que dispõe sobre Planos de Saúde, e não regulamenta a questão. A única referência à possibilidade de inclusão de dependentes está prevista no inciso VII, do Art. 12 da lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevendo apenas a possibilidade de inscrição de filho adotivo. Nesse sentido, fica a critério das operadoras dos planos possibilitarem ou não a inscrição do dependente adotivo.

Todavia, além da adoção, outros institutos jurídicos estabelecem uma relação jurídica em que é imprescindível a garantia de condições de saúde, seja para indivíduos sujeitos à guarda ou à tutela e também ao alimentando, e, assim, havendo condições do beneficiário em custear esse adicional no custo, por que as Seguradoras se negariam a fornecer essa possibilidade?

Lembremos que o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que abriga o instituto da guarda e da tutela, estabelece em seu art. 7º que a criança e o adolescente tenham o direito a proteção à saúde e à vida. Já o alimentando, que por muitas vezes depende economicamente do beneficiário, embora, juridicamente possa não ser dependente deste, ficaria prejudicado se não tivesse a oportunidade, também, de ter esse mesmo direito, caso assim entenda a pessoa que é obrigada a prestar alimentos.

Ressalta-se que, em face da ausência de legislação sobre o tema, muitas decisões judiciais vêm reconhecendo o direito de o beneficiário incluir essas situações: guarda, tutela e o direito do alimentando em seus planos de saúde, o que poderá, inclusive, prejudicar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, afetando os demais segurados do plano. Com a previsão legal proposta, os planos poderão fixar o valor dessas adesões e o beneficiário terá a opção de escolher o plano que ofereça essa alternativa.

Ante o exposto, considerando a importância e a lacuna existente, conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação da presente proposição.

Sala das Sessões, 10 de maio de 2017.

DEPUTADO **PASTOR LUCIANO BRAGA**

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....

.....

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 I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação 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.
Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:
I – individual ou familiar;
II – coletivo empresarial; ou
III – coletivo por adesão.

.....

.....

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.
Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009)*

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009 e com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.675, DE 2017

(Do Sr. Pastor Luciano Braga)

Dá nova redação ao § 3º do Art. 33, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - para assegurar ao dependente sob condição de guarda o direito à inscrição em Plano de Saúde e concessão de benefícios tributários.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5143/2009.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

O § 3º do Art. 33 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 33.....

.....

§ 3º - A guarda confere à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, como inscrição em Plano de Saúde, concessão de benefícios tributários, inclusive previdenciários..... " (NR)

Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Estatuto contém, no seu § 3º do art. 33, previsão no sentido de que o deferimento da guarda assegurada à criança ou adolescente a condição de dependente para fins previdenciários, com base na doutrina da proteção integral. Não obstante, tem sido travada uma grande discussão jurisprudencial nas interpretações do ECA e o disposto no § 2º do art.16 da Lei nº 8.213, de 1991, cuja redação anterior era semelhante, isto é, a criança ou adolescente equiparava-se ao dependente. Todavia, com a alteração nele promovida, o menor sob guarda perdeu tal condição.

Razão pela qual promovemos a presente alteração redacional visando propiciar ao interprete da lei, na hora de aplicar o direito, a certeza de que a criança ou adolescente, sob guarda, na condição de dependente que é, o direito a ser inscrito em plano de saúde, como direito que não o diferencie e nem tenha obstado tal pretensão, conforme preconiza o art. 227 da Carta Magna, sem discriminação.

Nesse sentido, a alteração proposta busca dirimir dúvidas acerca da aplicação da norma inerente a inclusão de dependentes sob o instituto da guarda em planos de saúde, visto que são várias as sentenças determinando que essas seguradoras venham a tratar essas pessoas como dependentes.

Alberga-se, também, no bojo deste projeto a inclusão da expressão “concessão de benefício tributário”, para que os detentores da guarda possam ter reconhecido o direito às deduções das despesas médico-hospitalares, educacionais e outras mais incluídas no Imposto de Renda de Pessoa Física- IRPF.

O objetivo trazido pelo projeto de lei, busca resguardar as crianças e adolescentes de qualquer discriminação ou interpretações restritivas da lei, de que, como dependente, sejam limitados por dispositivos com redação dúbia ou insuficientemente clara no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Certo da importância do presente projeto de lei, que além dos benefícios auferidos pelos detentores da guarda, aperfeiçoará a redação do dispositivo e reduzirá as possíveis interpretações restritivas, prejudiciais aos protegidos pela ECA, já fragilizados emocionalmente e segregados em socialmente, em completa dissonância com os direitos fundamentais de nossa Constituição de 1988.

Considerando a relevância do tema, conto com o apoio dos meus ilustres pares para a aprovação da presente proposição.

Sala das Sessões, 17de maio de 2017.

PASTOR **LUCIANO BRAGA**
Deputado Federal

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO VII
DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DO JOVEM E DO IDOSO
(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

.....

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem , com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. *("Caput" do artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

I - idade mínima de quatorze anos para admissão ao trabalho, observado o disposto no art. 7º, XXXIII;

II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas;

III - garantia de acesso do trabalhador adolescente e jovem à escola; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

IV - garantia de pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na relação processual e defesa técnica por profissional habilitado, segundo dispuser a legislação tutelar específica;

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

VI - estímulo do poder público, através de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, nos termos da lei, ao acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente órfão ou abandonado;

VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins. *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

§ 5º A adoção será assistida pelo poder público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

§ 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e

qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.
§ 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204.
§ 8º A Lei estabelecerá:
I – o estatuto da juventude, destinado a regular os direitos dos jovens;
II – o plano nacional de juventude, de duração decenal, visando à articulação das várias esferas do poder público para a execução de políticas públicas. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.
.....
.....

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO III
DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

.....

Seção III
Da Família Substituta

.....

Subseção II
Da Guarda

Art. 33. A guarda obriga à prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros, inclusive aos pais.
§ 1º A guarda destina-se a regularizar a posse de fato, podendo ser deferida, liminar ou incidentalmente, nos procedimentos de tutela e adoção, exceto no de adoção por estrangeiros.
§ 2º Excepcionalmente, deferir-se-á a guarda, fora dos casos de tutela e adoção, para atender a situações peculiares ou suprir a falta eventual dos pais ou responsável, podendo ser deferido o direito de representação para a prática de atos determinados.
§ 3º A guarda confere à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, inclusive previdenciários.
§ 4º Salvo expressa e fundamentada determinação em contrário, da autoridade judiciária competente, ou quando a medida for aplicada em preparação para adoção, o deferimento da guarda de criança ou adolescente a terceiros não impede o exercício do direito de visitas pelos pais, assim como o dever de prestar alimentos, que serão objeto de regulamentação específica, a pedido do interessado ou do Ministério Público. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009)*
Art. 34. O poder público estimulará, por meio de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, o acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente afastado do convívio familiar. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009)*
§ 1º A inclusão da criança ou adolescente em programas de acolhimento familiar terá preferência a seu acolhimento institucional, observado, em qualquer caso, o caráter temporário e excepcional da medida, nos termos desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009)*
§ 2º Na hipótese do § 1º deste artigo a pessoa ou casal cadastrado no programa de acolhimento familiar poderá receber a criança ou adolescente mediante guarda, observado o disposto nos arts. 28 a 33 desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009)*
§ 3º A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, os quais deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e de

adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas que não estejam no cadastro de adoção. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
§ 4º Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*
Art. 35. A guarda poderá ser revogada a qualquer tempo, mediante ato judicial fundamentado, ouvido o Ministério Público.
.....
.....

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....

TÍTULO III
DO REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO I
DOS BENEFICIÁRIOS

.....

Seção II
Dos Dependentes

Art. 16. São beneficiários do Regime Geral de Previdência Social, na condição de dependentes do segurado:
I - o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido ou que tenha deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*
II - os pais;
III - o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido ou que tenha deficiência intelectual ou mental ou deficiência grave; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após sua publicação)*
IV - *(Revogado pela Lei n° 9.032, de 28/4/1995)*
V - *(VETADO na Lei nº 13.183, de 4/11/2015)*
VI - *(VETADO na Lei nº 13.183, de 4/11/2015)*
VII - *(VETADO na Lei nº 13.183, de 4/11/2015)*
§ 1º A existência de dependente de qualquer das classes deste artigo exclui do direito às prestações os das classes seguintes.
§ 2º O enteado e o menor tutelado equiparam-se ao filho mediante declaração do segurado e desde que comprovada a dependência econômica na forma estabelecida no Regulamento. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.528, de 10/12/1997)*
§ 3º Considera-se companheira ou companheiro a pessoa que, sem ser casada, mantém união estável com o segurado ou com a segurada, de acordo com o § 3° do art. 226 da Constituição Federal.
§ 4º A dependência econômica das pessoas indicadas no inciso I é presumida e a das demais deve ser comprovada.

Seção III
Das Inscrições

Art. 17. O Regulamento disciplinará a forma de inscrição do segurado e dos dependentes.
§ 1º Incumbe ao dependente promover a sua inscrição quando do requerimento do benefício a que estiver habilitado. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.403, de 8/1/2002)*
§ 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 664, de 30/12/2014 , convertida na Lei nº 13.135, de 17/6/2015)*
§ 3º *(Revogado pela Lei nº 11.718, de 20/6/2008)*
§ 4º A inscrição do segurado especial será feita de forma a vinculá-lo ao respectivo grupo familiar e conterá, além das informações pessoais, a identificação da propriedade em que desenvolve a atividade

e a que título, se nela reside ou o Município onde reside e, quando for o caso, a identificação e inscrição da pessoa responsável pelo grupo familiar. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.718, de 20/6/2008, com redação dada pela Medida Provisória nº 619, de 6/6/2013, convertida na Lei nº 12.873, de 24/10/2013)*

§ 5º O segurado especial integrante de grupo familiar que não seja proprietário ou dono do imóvel rural em que desenvolve sua atividade deverá informar, no ato da inscrição, conforme o caso, o nome do parceiro ou meeiro outorgante, arrendador, comodante ou assemelhado. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.718, de 20/6/2008)*

§ 6º *(Revogado pela Lei nº 12.873, de 24/10/2013, publicada no DOU de 25/10/2013, em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir de 1/1/2014)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 7.865, DE 2017

(Do Sr. Alfredo Nascimento)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatória a cobertura, pelo plano referência e pela segmentação que inclua internação hospitalar, da assistência em regime de hospital-dia e da internação domiciliar.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art. 10.** É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura de assistência médico-ambulatorial, de hospital-dia e de internações hospitalar e domiciliar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial da Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

.....

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar fora do regime de internação domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;

.....

§ 5º A internação domiciliar a que se refere o *caput* e a alínea 'a' do inciso II do art. 12 depende de solicitação ou de anuência do paciente ou do seu responsável legal e de manifestação favorável do médico assistente.

§ 6º Em caso de manifestação do médico assistente contrária à internação domiciliar a que se

refere o *caput*, o atendimento da solicitação a que se refere o § 5º dar-se-á mediante assinatura de termo de consentimento informado, na presença de duas testemunhas que não mantenham vínculo de parentesco com o paciente ou com o seu responsável legal, por consanguinidade até o terceiro grau ou por afinidade." (NR)

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art. 12.** .....

.....

II – .....

a) cobertura de internação hospitalar, domiciliar e em regime de hospital-dia, respeitado o disposto nos §§ 5º e 6º do art. 10, 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;

....." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Lei dos Planos de Saúde representou uma conquista marcante para os beneficiários desses planos, a exemplo da instituição do plano-referência de assistência à saúde, que garante a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados no território nacional e a internação hospitalar em enfermaria e em centro de terapia intensiva ou similar.

É preciso reconhecer, contudo, que esse diploma legal deixa a desejar em alguns aspectos críticos para a promoção da saúde dos clientes. Ainda existem, por exemplo, muitos procedimentos sem cobertura obrigatória, como a internação domiciliar e a assistência em regime de hospital-dia.

Essas duas modalidades de atenção já são disponibilizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) há muitos anos. A adoção dessas práticas pelo SUS evidencia os benefícios que elas representam, tanto para pacientes e seus familiares, quanto para os provedores dos serviços de saúde, vez que permitem assistência mais humanizada e livre dos riscos associados à internação hospitalar prolongada, além de se constituírem medidas que permitem redução dos custos da atenção prestada. Trata-se de tendência mundial, que o Brasil, aos poucos, tem incorporado na prática assistencial.

A internação domiciliar é utilizada para garantir a continuidade do cuidado ao paciente que, tendo sido tratado em regime de internação hospitalar, ainda demanda atenção especializada. Isso permite que continue a receber os cuidados de que necessita no seu domicílio, perto da família e distante do ambiente nosocomial. Como resultado, temos a redução da demanda por vagas em

hospitais, do tempo de permanência hospitalar e da ocorrência de infecções nosocomiais.

Essa modalidade de internação é uma opção para a assistência a vítimas de agravos à saúde cujo tempo de acompanhamento pode se estender por vários meses ou até anos. É o caso, entre outros, das vítimas de traumatismos crânio-encefálicos ou de lesões da medula espinhal que resultam em comprometimento grave das funções cerebrais ou em paralisias.

O paciente cercado pela família e por amigos tem recuperação muito mais rápida do que quando está isolado, em ambiente estranho. Também vale ressaltar os riscos inerentes à permanência no ambiente nosocomial, mormente o desenvolvimento de infecções por germes resistentes, de difícil tratamento.

Outrossim, a obrigatoriedade de cobertura da assistência médico-hospitalar conhecida como "hospital-dia" também precisa ser explicitada na Lei dos Planos de Saúde. Esse regime é utilizado quando a internação hospitalar e a domiciliar não são indicadas, mas o paciente necessita receber cuidados especializados, como é o caso do acompanhamento de pacientes psiquiátricos e da administração supervisionada de alguns medicamentos.

No sentido de corrigir essa distorção, oferecemos o presente projeto de lei à consideração dos ilustres Pares, com o objetivo de estender a cobertura do atendimento domiciliar e em regime de hospital-dia a todos os beneficiários de planos privados de atenção à saúde.

Sala das Sessões, 13 de junho de 2017.

Deputado **Alfredo Nascimento**

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 7.947, DE 2017

(Da Sra. Renata Abreu)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que o estabelecimento de saúde credenciado que não executar determinado procedimento ou serviço deverá informar o consumidor dessa restrição.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-69/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que o estabelecimento de saúde credenciado que não executar determinado procedimento ou serviço deverá informar o consumidor dessa restrição.

Art. 2º O art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a viger com a seguinte redação:

"Art. 18.....

.....

IV - o estabelecimento de saúde credenciado que não executar determinado procedimento ou serviço deverá informar o consumidor, por escrito, detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo dessa restrição.

....." (NR)

Art. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os consumidores de planos de saúde têm, constantemente, os seus direitos prejudicados pelas operadoras com que têm vínculo contratual. Embora estejam com suas mensalidades em dia, muitas vezes não conseguem realizar procedimentos ou serviços em prestadores credenciados. Isso não apenas causa constrangimento, mas também, muitas vezes, atrasa a realização de diagnósticos e o andamento de tratamentos.

Essa situação ocorre por falta de transparência na relação entre os consumidores e prestadores, que não divulgam, corretamente, a listagem de procedimentos e serviços que oferecem aos clientes de planos de saúde.

O direito à informação está presente em diversos diplomas legais do ordenamento jurídico pátrio. O Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990[12]) garante como direito básico, a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços do fornecedor.

Esse mesmo Código determina, em seu art. 4º, I, que o consumidor é vulnerável, ou seja, é a parte frágil da relação. Protegê-lo, portanto, é materializar o princípio constitucional da isonomia, segundo o qual são tratados igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida em que se desigualam.

É para garantir que os consumidores dos planos de saúde tenham acesso a informações claras sobre os procedimentos e serviços que lhe são oferecidos é que proponho este Projeto de Lei. Atualmente, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar[13], há 47, 6 milhões de beneficiários de planos de saúde de assistência médica, com ou sem odontologia.

Essa proposição, portanto, visa a beneficiar praticamente ¼ da população deste País que optou por contratar a Saúde Suplementar, para ter saúde garantida sem ter de se submeter às intermináveis filas do Sistema Único de Saúde. Peço, portanto, apoio aos nobres Pares para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em 27 de junho de 2017.

Deputada RENATA ABREU

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

[12] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm

[13] http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e "e-mail"; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:
I - razão social da operadora ou da administradora;
II - CNPJ da operadora ou da administradora;
III - nome do produto;
IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);
V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE RELAÇÕES DE CONSUMO

Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo;
II - ação governamental no sentido de proteger efetivamente o consumidor:
a) por iniciativa direta;
b) por incentivos à criação e desenvolvimento de associações representativas;
c) pela presença do Estado no mercado de consumo;
d) pela garantia dos produtos e serviços com padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho.
III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;
IV - educação e informação de fornecedores e consumidores, quanto aos seus direitos e deveres, com vistas à melhoria do mercado de consumo;
V - incentivo à criação pelos fornecedores de meios eficientes de controle de qualidade e segurança de produtos e serviços, assim como de mecanismos alternativos de solução de conflitos de consumo;
VI - coibição e repressão eficientes de todos os abusos praticados no mercado de consumo, inclusive a concorrência desleal e utilização indevida de inventos e criações industriais das marcas e nomes comerciais e signos distintivos, que possam causar prejuízos aos consumidores;

VII - racionalização e melhoria dos serviços públicos;
VIII - estudo constante das modificações do mercado de consumo.
Art. 5º Para a execução da Política Nacional das Relações de Consumo, contará o poder público com os seguintes instrumentos, entre outros:
I - manutenção de assistência jurídica, integral e gratuita para o consumidor carente;
II - instituição de Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor, no âmbito do Ministério Público;
III - criação de delegacias de polícia especializadas no atendimento de consumidores vítimas de infrações penais de consumo;
IV - criação de Juizados Especiais de Pequenas Causas e Varas Especializadas para a solução de litígios de consumo;
V - concessão de estímulos à criação e desenvolvimento das Associações de Defesa do Consumidor.
§ 1º (VETADO).
§ 2º (VETADO).
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 8.108, DE 2017

(Do Sr. Vaidon Oliveira)

Estabelece prazo para que operadores de planos de saúde e delegatários de serviços de saúde garantam o acesso a serviços e procedimentos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-69/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece prazos aos operadores de planos de saúde e delegatários de serviços públicos de saúde para o acesso a consultas.

Art. 2º A operadora de Plano de Saúde deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos médicos no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

Art. 4º A instituição de saúde particular que receber delegação do poder público para a prestação de serviço de saúde deverá garantir o atendimento integral das demandas de consultas no prazo de 30 dias.

Art. 5º Em caso de descumprimento reiterado dos prazos estabelecido nos artigos 3º e 4º, a autorização ou delegação para prestação do respectivo serviço será cassada.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor 180 dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O presente Projeto de Lei tem por finalidade estabelecer prazos máximos para que operadores de planos de saúde e delegatários de serviços públicos de saúde garantam o acesso a serviços e procedimentos médicos.

Quanto aos Planos de Saúde, os prazos estabelecidos por este Projeto de Lei acompanham aqueles já fixados pela Resolução Normativa RN nº 259 da ANS, que define prazos máximos para o atendimento dos consumidores pelos operadores. É fato que mesmo com a regulamentação da agência reguladora, os prazos máximos estão sendo costumeiramente descumpridos pelos operadores de planos de saúde. Daí a necessidade de Legislação para tratar da matéria.

No que se refere aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), levantamento feito pelo Datafolha no Estado de São Paulo mostrou que metade da população enfrenta de um a seis meses para marcar uma consulta. Três em cada dez cidadãos aguardam mais de seis meses e metade deles relata ter ficado mais de um ano na fila. Apenas dois em cada dez pacientes conseguiram marcar uma consulta em até um mês.

O projeto inova, portanto, ao fixar prazo máximo de 30 dias para que delegatários de serviços públicos de saúde, tais quais Organizações Sociais que firmem contratos de gestão como Poder Público, disponibilizem o serviço ao cidadão que os demandar.

Importa ressaltar, que os prazos estabelecidos no projeto visam garantir acesso a pelo menos um prestador de serviço de saúde habilitado para prestar o atendimento solicitado no prazo legal, e não necessariamente a um profissional ou estabelecimento de saúde específico escolhido pelo consumidor.

Pelo acima exposto, solicito o apoio de meus nobres pares para aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, 13 de julho de 2017.

Dep. Vaidon Oliveira
DEM/CE

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° 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII 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 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.
§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:*(Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)*
I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; (*Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)*
II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; *(Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)*
III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; *(Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)*
IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência á saúde, podendo ser credenciada ou cooperada; (*Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)*
V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e *(Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)*
VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.
§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

(Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

CAPÍTULO II
DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I
Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.
Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:
I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;
II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;
III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
XIV – urgência e emergência: imediato.
§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.
§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.
§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.
§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.
§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 8.163, DE 2017

(Do Sr. Heuler Cruvinel)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4844/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4844/2001 o PL 6677/2009, o PL 7694/2014, o PL 5532/2016 e o PL 8163/2017, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. .....

.....

II - .....

.....

h) a cobertura na integra do plano de saúde e seguro saúde será garantido ao benificiário sem custo durante a vigência de seu seguro desemprego sem qualquer custo." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A presente propositura tem como objetivo garantir a assistência de saúde durante o período que o benificiário desempregado busca sua nova colocação no mercado.

Sala das Sessões, em 03 de agosto de 2017.

Deputado HEULER CRUVINEL

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 8.264, DE 2017

(Do Sr. Chico Lopes)

Altera os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art.10.....

VI – fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' e 'd'do inciso I e 'g' e 'h' do inciso II do art. 12. "NR"

.....

“Art.12.....

I - .....

.....

d) cobertura de tratamento domiciliar (*home care*) e consultas médicas em domicílio, desde que se trate de paciente cuja condição clínica exija tais providências; “AC”

II – .....

.....

h) cobertura de tratamento domiciliar (home care) alternativo à internação hospitalar, observando o disposto nos §§ 6º e 7º do presente artigo. “AC”

.....

.....

§ 4º as coberturas a que se referem as alíneas ‘c’ e ‘d’ do inciso I e ‘g’ e ‘h’ 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. “AC”

.....

§ 6º Para fins do disposto na alínea ‘h’ do inciso II deste artigo, devem ser observados os seguintes requisitos:

I – Indicação médica;

II – Requerimento de familiar, ou pessoa que com ele conviva, ou do próprio paciente;

III – Concordância do paciente, quando consciente;

IV – Estrutura residencial adequada à realização do tratamento. “AC”

§ 7º As coberturas de que tratam as alíneas ‘d’ do inciso I e ‘h’ do inciso II deste artigo independem de previsão contratual, sendo exigíveis ainda que os custos com o tratamento domiciliar (*home care*) superem o valor despendido pela operadora para o tratamento ambulatorial e/ou hospitalar. “AC”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 30 dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Consoante entendimento sufragado pelo Superior Tribunal de justiça, as operadoras de planos de assistência à saúde são obrigadas ao fornecimento de tratamento domiciliar (home care) ainda que inexista previsão contratual a respeito (STJ. 3ª Turma. REsp 1.378.707 – RJ, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, julgado em 26/5/2015).

Considerando que ao Poder Público cabe à proteção dos interesses econômicos dos consumidores, bem como a promoção da transparência e harmonia das relações de consumo, o Departamento Municipal de Proteção e Defesa dos Direitos do Consumidor – PROCON Fortaleza, sugeriu a apresentação de proposição a respeito do assunto em tela, com vistas a que se deem as devidas alterações na Lei 9.656/1998.

Não obstante, os consumidores continuam tendo negadas as solicitações de home care, inclusive gerando maiores riscos à saúde dos mesmos, porquanto, quando indicado clinicamente, referido tratamento, em tese, diminui os riscos de infecção hospitalar e contribui para a convalescença dos pacientes.

Nesse sentido, o presente Projeto visa a que se deem as devidas alterações na lei 9.656/1998, passando a mesma a prever expressamente a obrigatoriedade do tratamento domiciliar (home care) pelas operadoras de planos de assistência à saúde, independente de previsão contratual e ainda que os custos superem o despendido pela operadora para o tratamento ambulatorial e/ ou hospitalar.

Sala das Sessões, em 14 de agosto de 2017.

Deputado CHICO LOPES
PCdoB/CE

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 8.276, DE 2017

(Do Sr. Veneziano Vital do Rêgo)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para padronizar a data de reajuste das contraprestações pecuniárias devidas aos planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º:

"§ 2º As alterações nas prestações pecuniárias a que se refere o inciso XI deste artigo, quando houver, serão aplicadas sempre no dia primeiro de janeiro."

Art. 2º Fica o Poder Executivo autorizado a conceder reajustes extemporâneos no primeiro ano de vigência desta lei.

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

JUSTIFICAÇÃO

A saúde suplementar representa um importante papel, com mais de quarenta e sete milhões de beneficiários no país. Em um momento como o atual, de estagnação econômica, um grande número de brasileiros se vê em dificuldades e sem saber se terá condições de continuar arcando com suas obrigações financeiras, mesmo as importantes como um seguro ou plano de saúde.

Nesse panorama, o presente projeto de lei visa a impedir que os usuários desses serviços tenham surpresas desagradáveis, permitindo-lhes ter melhor noção do desembolso durante todo o ano e fazer um planejamento financeiro mais eficiente.

Como as taxas de inflação mostram uma tendência francamente descendente, não será a concentração dos eventuais reajustes no início do ano a representar problemas para a solvência das entidades envolvidas.

Além dos beneficiários, diga-se, a medida é também voltada aos interesses dos próprios seguros e planos. Ao permitir que os clientes se planejem adequadamente, poder-se-á esperar como efeito diminuição no número de rescisões de contratos, contribuindo para preservar o setor em um tempo de dificuldades.

Peço, pois, o apoio e os votos dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em 15 de agosto de 2017.

Deputado VENEZIANO VITAL DO RÊGO

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)*

Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo *(Artigo acrescido 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)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 8.396, DE 2017

(Do Sr. Flavinho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os critérios de reajuste de preço, nos contratos individuais e coletivos, dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, e para criar mecanismos de regulação para o controle da demanda dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre os critérios de reajuste de preço, nos contratos individuais e coletivos, dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, e para criar mecanismos de regulação para o controle da demanda dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.

Art. 2º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte §5º:

“Art. 10.....

.....

§5º As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, na elaboração dos contratos com os consumidores, poderão criar mecanismos de regulação para o controle da demanda ou da utilização de serviços prestados.” (NR)

Art. 3º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte §2º, renumerando-se o atual parágrafo único como §1º:

“Art. 16. .....

.....

§2º Os critérios de reajuste a que se refere o inciso XI do caput deste artigo devem levar em consideração a variação dos preços dos produtos utilizados pelas operadoras de planos de saúde, a ser calculada por meio de um índice setorial ou de outro critério definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. (NR)

Art. 4º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 35-E. .....

.....

§2º Nos contratos individuais e coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS". (NR)

Art. 5º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Pela atual sistemática da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998[14], os reajustes para os planos podem ocorrer em duas situações: por mudança de faixa etária, de acordo com critérios definidos pela legislação e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e pela variação de custos, que pode ser feito uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato.

Nos planos coletivos com mais de 30 beneficiários, o índice de reajuste por variação de custos é definido conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa que contratou o plano. Nos individuais, familiares e coletivos com até 30 beneficiários, o limite de reajuste é definido pela ANS e leva em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Com isso, se as operadoras aplicarem reajuste excessivos aos planos coletivos, como tem ocorrido nos últimos anos, o percentual máximo de reajuste da ANS para os individuais também fica muito alto.

Diante disso, percebemos que os reajustes de preços dos clientes de planos individuais e de planos coletivos devem estar sujeitos a um fator único, que leve em consideração a variação dos preços dos produtos utilizados pelas operadoras de planos de saúde, a ser calculada por meio de um índice setorial ou de outro critério estabelecido definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Como o objetivo do reajuste de custos é promover o equilíbrio financeiros dos planos, não há razões para se diferenciar os critérios de reajuste de planos individuais e coletivos. Em todas as situações, os reajustes devem estar limitados por um índice setorial, para evitar distorções.

Ainda nesse cenário de análise de preços cobrados ao consumidor, é preciso ressaltar que o mau uso dos serviços dos planos de saúde reflete no aumento da mensalidade de todos os clientes da carteira. Por isso, consideramos imprescindível que a Lei nº 9.656, de 1998, seja alterada, para que as operadoras possam criar mecanismos de regulação para o controle da demanda ou da utilização de serviços prestados. Com isso, elas poderão reduzir custos evitáveis, sem, obviamente, impedir ou dificultar o atendimento em situações emergenciais e limitar a assistência à saúde em situações legítimas.

Em razão do exposto, pedimos aos nobres Pares apoio para a aprovação deste

[14] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

Projeto.

Sala das Sessões, em 24 de agosto de 2017.

FLAVINHO
Deputado Federal – PSB/SP

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência,

assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;

III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:
I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade, estará sujeita à autorização prévia da ANS;
II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;
III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;
IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.
§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em 60 (sessenta anos) ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;
II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;
III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;
V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.
§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 8.590, DE 2017

(Do Sr. Jorge Côrte Real)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde forneçam resposta à solicitação de idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial no prazo máximo de doze horas.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1431/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde forneçam resposta à solicitação de idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial no prazo máximo de doze horas.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a viger com o acréscimo do seguinte artigo:

“Art. 14-A. Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde terão o prazo máximo de doze horas para apresentá-la ao beneficiário

Parágrafo único. O descumprimento dessa determinação sujeita o infrator às penalidades previstas nesta Lei.”(NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor em cento e oitenta dias após a sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os planos de saúde estão entre os recordistas de reclamações no Procon. Os vários inconvenientes causados aos consumidores, nem sempre atendidos de forma condizente com o custo das mensalidades que desembolsam – levam os poderes constituídos a criar mecanismos que garantam a defesa dos interesses da população.

A limitação ao tempo de internação, a restrição à cobertura de determinadas doenças com o argumento da preexistência, o aumento abusivo de mensalidades e a demora na autorização de determinados exames, muitas vezes em caráter de urgência, são alguns dos problemas enfrentados pelos consumidores. A necessidade de realização de determinados exames de maior complexidade tem esbarrado na demora da autorização por parte das empresas.

Essa espera pode gerar uma série de riscos. Em várias situações, os usuários dos planos têm que recorrer a demandas judiciais para garantir seus direitos e evitar maiores danos à saúde. Nesse contexto geral, os idosos têm sido as maiores vítimas de atitudes abusivas por partes das empresas, especialmente no tocante ao aumento excessivo de mensalidades.

Com o objetivo de protegê-los é que se apresenta esta proposição, a fim de que se delimite um prazo para a autorização dos exames de maior complexidade – analisados previamente pelas empresas de planos de saúde. Consideramos que 12 horas atende às necessidades de ambos os lados, tanto do usuário como das

empresas, sem desgaste para as partes.

Ante o exposto, esperamos contar com o apoio dos nobres pares para a aprovação da proposição.

Sala das Sessões, em 13 de setembro de 2017.

Deputado JORGE CÔRTE REAL

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. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 8.608, DE 2017

(Da Sra. Norma Ayub)

Dispõe sobre o ressarcimento a estabelecimentos de saúde públicos e privados de atendimentos de urgência e emergência por eles prestados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei dispõe sobre o ressarcimento a estabelecimentos de saúde públicos e privados de atendimentos de urgência e emergência por eles prestados.

Art. 2º. Os estabelecimentos de saúde públicos ou privados prestarão obrigatoriamente atendimento médico-hospitalar a qualquer pessoa em situação de urgência ou emergência até que existam condições de transferência segura para outra unidade da qual seja usuário.

Parágrafo único. A recusa de atendimento de situação de urgência ou emergência em virtude de inexistência de vinculo a planos ou seguros de saúde ou ao Sistema Único de Saúde caracteriza omissão de socorro e sujeita o estabelecimento às penas previstas na legislação civil e penal.

Art. 3º O ressarcimento do atendimento de urgência ou emergência do setor público para o privado ou do setor privado para o público obedecerá a tabela específica, nos termos das normas regulamentadoras.

Art. 3º Esta lei entra em vigor trezentos e sessenta dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

É obrigação de toda a pessoa prestar socorro a quem se encontra em situação de urgência ou emergência, de acordo com o Código Penal. A obrigatoriedade se aplica, então, muito mais apropriadamente, a estabelecimentos de saúde, privados ou públicos.

Há algum tempo, surgiu a polêmica da recusa de atendimento ou da exigência de caução para que unidades privadas recebessem o paciente, mesmo em situações de rotina. Essas questões estão pacificadas, graças aos avanços da legislação brasileira e à conquista de direitos dos cidadãos e consumidores.

No entanto, percebemos que ainda há dificuldade na admissão de pacientes em situação de risco de vida em serviços particulares em virtude da lacuna legislativa a respeito da garantia de remuneração do atendimento por parte do sistema público de saúde.

Assim, nossa intenção é reacender o debate, salientando a obrigatoriedade do atendimento já prevista em lei, mas prevendo a retribuição nos dois sentidos. O ressarcimento do sistema público para o privado ainda não está previsto e certamente ampliará o acesso à atenção de situações críticas. Quanto ao ressarcimento do setor privado para o público, a despeito de haver previsão legal, persistem obstáculos operacionais que fazem com que os recursos recebidos sejam muito inferiores aos efetivamente empregados.

Neste sentimento, propomos a presente iniciativa, para a qual esperamos as valiosas contribuições dos ilustres Pares.

Sala das Sessões, em 19 de setembro de 2017.

Deputada NORMA AYUB

PROJETO DE LEI N.º 8.900, DE 2017

(Do Sr. Francisco Floriano)

"Altera a Lei 9.656, de 03 de junho de1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para prever a cobertura de internação domiciliar na modalidade home care".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art.1º. Esta Lei altera a Lei 9.656, de 03 de junho de1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para prever a cobertura de internação domiciliar na modalidade *home care.*

Art. 2º. A Lei 9.656, de 03 de junho de1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

Art. 12. .....

.....

II - quando incluir internação hospitalar:

.....

h – cobertura para internação domiciliar na modalidade *home care*, quando houver indicação médica.

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

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo desse Projeto de lei é garantir ao segurado de plano de saúde a internação domiciliar na modalidade *home care*, quando houver indicação médica.

Esse tem sido o entendimento da jurisprudência majoritária que considera abusiva a cláusula dos contratos de plano de saúde que exclui ou limita o tratamento domiciliar (*home care*) quando há indicação médica, em razão de restringir direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do acordo celebrado entre as partes, além de violar o disposto no art. 51, IV e § 1º, do Código de Defesa do Consumidor.

Segue abaixo trechos de dois acórdãos que sintetizam bem a posição majoritária da jurisprudência nos tribunais.

"(...) Não cabe à operadora do plano de saúde deliberar sobre qual é o melhor tratamento ao qual o paciente deve ser submetido, mas sim o médico responsável por ele, sendo abusiva qualquer cláusula que permita à empresa estabelecer as necessidades específicas do usuário, mormente quando não há nos autos especificação dos critérios utilizados para avaliar a condição do paciente. Se o profissional que acompanha a paciente recomendou a continuidade da assistência médica domiciliar – *home care* – para a recuperação da saúde e manutenção da vida da autora, tem a operadora do plano de saúde a obrigação de restabelecer o tratamento pelo período de 24 horas por dia, de acordo com as prescrições médicas, a fim de que se atenda à finalidade do contrato de saúde firmado e ao princípio da dignidade humana". (TJDFT, 2ª Turma Cível, Acórdão nº 975186, APC 20160710028839, rel. Desembargador Sandoval

Oliveira, publicado em 25/10/2016).

"(...) Embora não haja previsão na lei ou no contrato firmado entre as partes sobre a obrigatoriedade do fornecimento do *home care*, tal fato não pode acarretar a vedação ao fornecimento de tratamento, sob pena de afronta aos direitos fundamentais à vida e à saúde (...) Cumpre ao médico que acompanha o estado de saúde do paciente recomendar qual a terapêutica necessária para condução de tratamento. A cláusula contratual que exclui ou limita a cobertura do tratamento de *home care* é nula de pleno direito, uma vez que gera desequilíbrio entre as partes, em atenção aos princípios da boa fé e da dignidade da pessoa humana". (TJDFT, 2ª Turma Cível, Acórdão 957551, rel. Desembargador João Egmont, publicado em 02/08/2016)

Diante do exposto, por ser de relevância social, peço o apoio dos nobres pares para a aprovação deste Projeto de lei.

Sala das Sessões, em 19 de outubro de 2017.

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO VI
DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

.....

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.

§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§ 1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.298, de 1/8/1996)*
§ 2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§ 3º (VETADO).
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 8.942, DE 2017

(Do Sr. Aureo)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5286/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Altera a redação do inciso II do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

Art. 2º O inciso II do art. 13 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13. .....

.....

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos.

.....

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

JUSTIFICAÇÃO

Nossa Carta Magna, em seu art. 196, diz que a saúde é direito de todos e dever do estado, senão vejamos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e **dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (*grifo nosso*)

Com efeito, é público e notório que o país não está, há anos, conseguindo suprir a demanda dentro dos hospitais públicos, tanto para atendimento de urgência e emergência, atendimento ambulatorial ou realização de exames, sejam estes laboratoriais, de imagens ou outros tipos. Diversas são as notícias de que pacientes morreram em corredores aguardando atendimento médico.

Assim, diversos cidadãos recorrem aos planos de saúde. Isso faz com que haja um grande desafogamento da rede pública de saúde, em busca de atendimento mínimo quando necessário.

Há de se frisar que atualmente, o país passa por uma das piores crises financeiras da história. A atual crise econômica tem levado milhares de pessoas a cancelarem seus planos de saúde. Segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), em 2016, mais de 1,37 milhão de pessoas deixaram de se beneficiar da assistência privada à saúde, pois não mantiveram sua capacidade financeira de arcar com os custos das mensalidades pactuadas. Houve então um verdadeiro aumento da inadimplência dos consumidores com relação às mensalidades dos planos de saúde.

As empresas que oferecem planos de saúde são submetidas às regras da lei 9.656/98, que prevê de forma expressa a possibilidade de rescisão contratual. Nesses contratos, existem situações específicas que permitem a rescisão unilateral do contrato por inadimplemento. Essa regra está insculpida no parágrafo único, inciso II, do artigo 13 da Lei 9.656/98, que prevê o seguinte:

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

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências

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 qüinquagésimo dia de inadimplência; (*grifo nosso*)

Ocorre que essa situação de **rescisão unilateral por inadimplemento <u>não consecutivo</u>** não pode continuar. Tal disposição pune por diversas vezes o cidadão que tenta escapar da inércia do poder público no atendimento médico em hospitais,

pois, além de pagar o boleto da mensalidade atrasado corrigido com juros e multas, ainda pode ter o plano de saúde cancelado caso esse atraso, por exemplo, ocorra por seis vezes sendo dez dias em cada mês.

Melhor exemplificando: caso o cidadão atrase por dez dias o pagamento da sua mensalidade nos meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio e junho, o plano de saúde poderá cancelar seu contrato após a devida notificação. Apesar do atraso, o pagamento foi realizado, com correção e multa.

Nesse sentido, apresento esta proposição para suprimir essa situação de cancelamento, que em tempos de grande crise financeira e recorrente aumento nos índices de desemprego, tem deixado desamparada à população.

Diante do exposto solicito apoio dos meus pares para apoiar a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em 25 de outubro de 2017

Deputado **Aureo**
Solidariedade/RJ

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
.....
.....

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 9.253, DE 2017

(Do Sr. Antonio Bulhões)

Altera o art. 13º, os parágrafos 2º, 3º e 4º da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, para permitir que as operadoras ofereçam aos beneficiários suspensão dos contratos individuais dos produtos de que tratam o inciso

I e o § 1º do art. 1º com isenção de carência em caso de seu restabelecimento.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para permitir que as operadoras privadas de assistência à saúde ofereçam aos beneficiários suspensão dos contratos individuais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º e isenção de carência em caso de seu restabelecimento.

Art. 2° A Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 passa a vigorar com a seguinte alteração:

Art. 13. .....

§ 1º.....

§ 2º As operadoras poderão oferecer planos individuais com direito a suspensão do contrato e isenção de carência na hipótese de seu restabelecimento, mediante oferta de mensalidade diferenciada.

§ 3º O contrato restabelecido não garante a cobertura de doenças adquiridas no período da suspensão do contrato.

§ 4º É vedada a cobrança retroativa de eventuais reajustes realizados durante a suspensão.

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

J U S T I F I C A T I V A

A saúde pública do país está em crise. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria prestar atendimento integral, tempestivo e eficiente a todos os mais de 200 milhões de brasileiros, não é capaz de fazê-lo a contento.

No contexto de dificuldades relacionadas à saúde pública, passa a ganhar importância o setor complementar, que permite o acesso de milhões de brasileiros a tratamento de saúde sem precisar recorrer ao SUS.

Embora o setor tenha ganhado destaque, a legislação regulamentadora ainda apresenta distorções que deixam os beneficiários em situação vulnerável.

De acordo com a Lei vigente, não existe possibilidade de suspensão do contrato de planos de saúde. Se o beneficiário quiser reingressar no plano, depois de ter ficado um período fora, terá de fazer um novo contrato e cumprir novos períodos de carência. Ou seja: todas as contribuições pagas anteriormente não valerão de nada.

Além disso, importa considerar que a maioria da população está sujeita à instabilidade da economia do país, podendo, por exemplo, perder o emprego. Neste sentido, muitos

brasileiros podem ficar períodos sem ter condição de pagar as mensalidades, tendo que cancelar o plano de saúde. Diante desta realidade é justo que, restabelecida a capacidade financeira, seja possível retornar ao plano de saúde sem ter que arcar com novo período de carência.

Em razão do exposto e em nome dos beneficiários dos Planos de Saúde no País peço apoio aos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Brasília, 05 de dezembro de 2017.

Deputado **ANTÔNIO BULHÕES**
(PRB/SP)

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou

participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 9.343, DE 2017

(Do Sr. Francisco Floriano)

"Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tratar da co-participação nos casos de internação hospitalar".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tratar da co-participação nos casos de internação hospitalar.

Art. 2º. A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

"Art. 16. .....

.....

VIII - .....

§ 1º. Não se aplica a cláusula de percentual de co-participação do consumidor no custeio de internação hospitalar.

.....

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

JUSTIFICATIVA

O objetivo desse Projeto de lei é impedir a aplicação da cláusula percentual de co-participação do consumidor no custeio de internação hospitalar.

O regime de co-participação constitui um fator de moderação de custeio dos planos/seguros de saúde, que implica na diminuição do risco assumido pela operadora/seguradora e provoca a redução do valor da respectiva contraprestação pecuniária adimplida pelo consumidor, havendo, inclusive, permissivo legal à sua adoção, inserto no artigo 16, inciso VIII, da Lei nº 9.656/98.

Parte da doutrina e da jurisprudência entende que, as empresas privadas que disponibilizam no mercado de consumo ajustes de assistência médico-hospitalar, devem responder apenas pelas obrigações que assumiram por contrato, cujo teor deve ser interpretado segundo as disposições legais, sendo certo que o princípio da liberdade de contratar autoriza as seguradoras/operadoras de planos de saúde a pactuar planos com restrições quanto ao tratamento de determinadas doenças, sem que isso importe em infração às regras de boa-fé e da equidade preconizadas no CDC.

A possibilidade de aplicação do referido fator de moderação também foi prevista e prestigiada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (Resolução nº 11, de 3 de Novembro de 1998, editada pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU onde em seus artigos 2º e 3º, prevêem tão-somente a obrigatoriedade da operadora no custeio da internação nesses casos pelo prazo de 15 (quinze dias) por ano.

Ocorre que, nos casos de internação hospitalar psiquiátrica a limitação do tempo de internação fere o princípio constitucional da razoabilidade e os ditames essenciais do diploma consumerista, notadamente, em face da impossibilidade de previsão do tempo da cura, da irrazoabilidade da suspensão do tratamento indispensável, da vedação de restringir-se em contrato direitos fundamentais e da regra de sobre direito, contida no art. 5º da Lei de Introdução ao Código Civil, segundo a qual, na aplicação da lei, o juiz deve atender aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum.

"(...) Não pode uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), na qualidade de ato normativo secundário, proveniente do Poder Executivo, contrariar a própria lei a que esteja subordinada, sob pena de violação ao princípio constitucional da legalidade, segundo o qual "ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei. Insere-se no conceito de "*desvantagem exagerada*", nos termos do art. 51, IV, do CDC, e por isso nula, a cláusula que limita a 15 (quinze) dias por ano a internação de segurado portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química, porque além de se mostrar excessivamente onerosa para o consumidor, restringe direitos e obrigações fundamentais ao contrato de plano de saúde, que tem como fim maior o restabelecimento da saúde do segurado. 3. O consumidor-paciente não é senhor do

prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Ora, se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado a limitação do tempo de sua internação, com graves riscos a sua vida e saúde. 4**.** Como visto o consumo de drogas e as fármaco dependências refletem, em larga escala, um grave problema social e de saúde pública, sendo que restringir o tratamento desta doença, através de cláusulas contratuais limitativas do tempo de internação do segurado, é fazer, sem sombra de dúvidas, com que o contrato de plano de saúde não atinja sua almejada função social. Isto porque, hodiernamente, o contrato deve ser encarado não só como instrumento de realização do desejo dos contratantes, mas devendo exprimir, acima de tudo e, necessariamente, harmonização com os interesses de toda a coletividade, sob pena de descumprir com sua missão social (...). (TJDFT, Apelação 0432104-94.2008.8.19.0001, 4ª Câmara Cível, rel. Desembargador Marcelo Lima Buhatem)

Nesse sentido, há que se ressaltar que a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento segundo o qual são abusivas as cláusulas de contrato de plano de saúde limitativas do tempo de internação (Súmula 302/STJ: "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado").

Nos termos do art. 51, IV, do CDC são nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

Complementando o conceito de vantagem exagerada, dispõe o §1º do citado artigo que presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:

"I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;

II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;

III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso."

Insere-se, assim, no conceito de desvantagem exagerada a cláusula que limita a o tempo de internação de segurado portador de quadros de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química, porque além de se mostrar excessivamente onerosa para o consumidor, restringe direitos e obrigações fundamentais ao contrato de plano de saúde, que tem como fim maior o restabelecimento da saúde do segurado.

O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como sabemos, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Ora, se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado a limitação do tempo de sua internação, com graves riscos a sua vida e saúde.

O que o imperativo da "função social do contrato" estatui é que este não pode ser transformado em um instrumento para atividades abusivas, causando dano à parte contrária ou a terceiros, uma vez que, nos termos do art. 187 do CC, "também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes". Nos termos, ainda, do art. 421 do Código Civil "a liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato".

Ademais, o art. 10 da Lei 9.656/98 ao instituir o plano-referência de assistência à saúde determinou que este deveria abranger todas as doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, aí incluídas as do autor, códigos F.12.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome de dependência) e F14.2 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - síndrome de dependência), da CID-10, pelo que constitui atitude altamente contraditória e abusiva prever a cobertura de uma doença e ao mesmo tempo limitar no contrato o custeio do seu indispensável tratamento.

Não dá para ignorar essa realidade que cresce a cada dia em nossa sociedade. O poder público e os planos privados de assistência à saúde deverão se adaptar para receber essa demanda.

Diante do exposto, por ser de relevância social, peço o apoio dos nobres pares para a aprovação deste Projeto de lei.

Sala das Sessões, 11 de dezembro de 2017.

_____

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
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 N° 11, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, instituído pela Lei n° 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e
CONSIDERANDO, também, que ao mesmo tempo que se inclui o tratamento dos transtornos mentais entre os serviços a serem prestados pelas operadoras de planos e seguros de saúde, é importante a adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos psiquiátricos, resolve:
Art. 1° As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, definidas no art. 1° da Lei n° 9.656/98, ficam obrigadas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID-10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Resolução e normas complementares que venham a ser expedidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com sua competência normativa e fiscalizadora na saúde.
Parágrafo único. Os tratamentos poderão estar sujeitos a franquias ou co-participação financeira do usuário titular, na forma do disposto nesta Resolução
Art. 2° É obrigatória a cobertura pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
I – nos planos ou seguros do segmento ambulatorial
a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes.
b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;
c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.
II – nos planos ou seguros do segmento hospitalar:
a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dia de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
b) o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
c) o custeio, dentro dos prazos definidos nas alíneas “a” e “b”, somente poderá ser parcial se houver coparticipação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.
Parágrafo único – Estarão cobertas todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

Art. 3° As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão estabelecer co-participação do usuário no custeio da internação nos casos em que o(s) período(s) de internação ultrapasse(m) os prazos definidos na alínea "a" e "b" do inciso II, do artigo 2°, no transcorrer de um mesmo ano de contrato.
Parágrafo único – A co-participação referida no caput deverá estar claramente definida no contrato, podendo, em caráter excepcional, ser crescente conforme o tempo de internação.
Art. 4° As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão definir, no momento da contratação, um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias de cobertura parcial excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.
Art. 5° A partir de 01 de janeiro de 2000, nos planos ou seguros privados de assistência à saúde, com segmentos que incluam atendimento hospitalar, será obrigatório:
I – Além da cobertura especificada na alínea "a" do inciso II do art. 2°, o usuário poderá dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.
II – Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura de que trata o inciso I deste artigo deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.
.....
.....

LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE GERAL

LIVRO I
DAS PESSOAS

TÍTULO I
DAS PESSOAS NATURAIS

CAPÍTULO I
DA PERSONALIDADE E DA CAPACIDADE

Art. 1º Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.
Art. 2º A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.
Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
I - *(Revogado pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
II - *(Revogado pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
III - *(Revogado pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
IV - os pródigos.
Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial. *(Parágrafo único com redação dada pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:
I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;
II - pelo casamento;
III - pelo exercício de emprego público efetivo;
IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;
V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.
Art. 6º A existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura de sucessão definitiva.
Art. 7º Pode ser declarada a morte presumida, sem decretação de ausência:
I - se for extremamente provável a morte de quem estava em perigo de vida;
II - se alguém, desaparecido em campanha ou feito prisioneiro, não for encontrado até dois anos após o término da guerra.
Parágrafo único. A declaração da morte presumida, nesses casos, somente poderá ser requerida depois de esgotadas as buscas e averiguações, devendo a sentença fixar a data provável do falecimento.

.....

LIVRO III
DOS FATOS JURÍDICOS

.....

TÍTULO III
DOS ATOS ILÍCITOS

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.
Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.
Art. 188. Não constituem atos ilícitos:
I - os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido;
II - a deterioração ou destruição da coisa alheia, ou a lesão a pessoa, a fim de remover perigo iminente.
Parágrafo único. No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessário, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo.

.....

PARTE ESPECIAL

.....

TÍTULO V
DOS CONTRATOS EM GERAL

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I
Preliminares

Art. 421. A liberdade de contratar será exercida em razão e nos limites da função social do contrato.
Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

.....

.....

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SÚMULA N° 302

«É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.»

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO VI
DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

.....

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§ 1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº*

9.298, de 1/8/1996)
§ 2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§ 3º (VETADO).
.....
.....

CID 10

F12 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
Resultado(s) encontrado(s): 11
CID 10 - F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
CID 10 - F12.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - intoxicação aguda
CID 10 - F12.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - uso nocivo para a saúde
CID 10 - F12.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome de dependência
CID 10 - F12.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome (estado) de abstinência
CID 10 - F12.4 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome de abstinência com delirium
CID 10 - F12.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - transtorno psicótico
CID 10 - F12.6 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome amnésica
CID 10 - F12.7 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
CID 10 - F12.8 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - outros transtornos mentais ou comportamentais
CID 10 - F12.9 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - transtorno mental ou comportamental não especificado
.....
F14 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
Resultado(s) encontrado(s): 11
CID 10 - F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
CID 10 - F14.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - intoxicação aguda
CID 10 - F14.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - uso nocivo para a saúde
CID 10 - F14.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - síndrome de dependência
CID 10 - F14.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - síndrome (estado) de abstinência
CID 10 - F14.4 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - síndrome de abstinência com delirium
CID 10 - F14.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - transtorno psicótico
CID 10 - F14.6 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - síndrome amnésica
CID 10 - F14.7 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - transtorno psicótico residual ou de instalação tardia
CID 10 - F14.8 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - outros transtornos mentais ou comportamentais
CID 10 - F14.9 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - transtorno mental ou comportamental não especificado
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 9.344, DE 2017

(Do Sr. Francisco Floriano)

"Altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, para dispor sobre a cláusula de co-participação do consumidor no custeio de internação hospitalar".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-9343/2017.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, para dispor sobre a cláusula de co-participação do consumidor no custeio de internação hospitalar.

Art. 2º. A Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

"Art. 51. .....

.....

XVII - que determinem a co-participação do consumidor no custeio de internação hospitalar, no âmbito dos planos privados de assistência à saúde".

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

JUSTIFICATIVA

O objetivo desse Projeto de lei é considerar abusiva a cláusulas contratuais que estabeleçam a co-participação do consumidor no custeio de internação hospitalar superior a trinta dias.

Apesar da previsão legal (Art. 16, da Lei 9.656/98), nos casos de internação psiquiátrica, a cláusula é abusiva por restringir o período de internação. Isso porque, o art. 51 do Código de Defesa do Consumidor (CDC), considera nula cláusula contratual que restringe direito ou obrigação fundamental inerente ao contrato.

A Lei 9.656/98, por sua vez, dispõe que: "É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária à internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei" (Art. 10)

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde reconhece o tratamento de transtornos psiquiátricos.

Logo, não há razão para negar o tratamento. Se médico determina internação superior a 30 dias para tratar um problema de saúde previsto na referida Classificação de Doenças, não há motivos razoáveis para exigir a co-participação nesses casos.

Na atualidade, a depressão, em especial, aquela originada da dependência química tornou-se um grave problema social e de saúde pública, o que exige ações por parte do poder público e das operadoras de planos de assistência à saúde.

Um relatório da OMS (Organização Mundial de Saúde) divulgado em 2004 fez um resumo dos mais recentes estudos sobre o papel do cérebro na dependência química e classifica o problema como uma disfunção cerebral como qualquer outro distúrbio neurológico.
(http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf, acessado em 18 de março de 2011).

Lembrando que, os distúrbios neurológicos também estão previstos na referida Classificação de Doenças, o que deve acarretar a cobertura do tratamento indicado pelo plano de saúde.

Restringir o tratamento da depressão, através de cláusulas contratuais limitativas do tempo de internação do segurado, é fazer, sem sombra de dúvidas, com que o contrato de plano de saúde não atinja sua almejada função social.

Isto porque, hodiernamente, o contrato deve ser encarado não só como instrumento de realização do interesse dos contratantes, mas devendo exprimir, acima de tudo e, necessariamente, harmonização com os interesses de toda a coletividade, sob pena de descumprir com sua missão social.

O debate em torno da limitação da internação psiquiátrica com cláusula de coparticipação após 30 dias tem crescido em nossa sociedade devido ao número, cada vez maior, de demandas judiciais que tramitam nos tribunais. Contudo, o tema não encontra unanimidade na doutrina e na jurisprudência.

Parte da jurisprudência sustenta que, deve haver a co-participação do consumidor na internação psiquiátrica acima de 30 dias, para preservar o equilíbrio contratual. Por outro lado, há aqueles que argumentam que, a cláusula de co-participação que limita o tempo de internação frustra a legítima expectativa do consumidor que, ao realizar o contrato com a operadora de plano de saúde, confia no recebimento da cobertura do tratamento médico necessário para a proteção da sua saúde.

Vale ressaltar que, é comum, dependendo do tempo de duração do tratamento, o segurado não ter condições de pagar a sua parte no custeio. No caso das internações psiquiátricas, oriundas de quadros depressivos em decorrência do uso de drogas, o tratamento costuma durar mais de seis meses.

Partindo de uma análise sistemática do assunto e amparada pela Súmula 302 do STJ, entende-se que a limitação da internação nos casos psiquiátricos foge do razoável, é abusiva, injusta e desumana.

Ora, o equilíbrio contratual está resguardado pelas prestações pagas mensalmente e

não usufruídas pelo titular por gozar de boa saúde. Se o consumidor não puder contar com o plano de saúde nos momentos em que ele de fato adoece, para que então serviria o plano de saúde?

A cláusula que estipula a co-participação do segurado do plano de saúde no custeio de tratamento psiquiátrico após o trigésimo dia de internação, mesmo que, expressamente, contratada e observado o limite de 50%, é abusiva, por ser incompatível com a boa-fé e por colocar o consumidor em situação de desvantagem econômica.

Nesse sentido, são os julgados abaixo transcritos.

“APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. LEI 9.656/98. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. CLÁUSULA CONTRATUAL QUE PREVÊ COPARTICIPAÇÃO NOS CUSTOS DA INTERNAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE DE ARCAR COM AS DESPESAS. ONEROSIDADE EXCESSIVA. Mesmo nos casos em que a cláusula contratual que prevê coparticipação nos custos de internação em clínica psiquiátrica ter sido redigida de forma clara e estar amparada na Lei 9.656/98 e no Código de Defesa do Consumidor, uma vez a impossibilidade financeira do beneficiário do plano de saúde de arcar com os custos da coparticipação, deve ser afastada a cláusula contratual, aplicando-se os artigos 6º, V, e 7º do Código de Defesa do Consumidor”. (TJDFT, Processo nº 20160910027792, Relator: ROMEU GONZAGA NEIVA, 7ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 01/02/2017, Publicado no DJE: 10/02/2017. Pág.: 458-464)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO. ABUSIVIDADE. CDC. CONSUMIDOR. DESVANTAGEM EXAGERADA. CLÁUSULA LIMITATIVA. AUSÊNCIA DE DESTAQUE. NULIDADE. DIFERENÇA ENTRE HOSPITAL E CLÍNICA DE REABILITAÇÃO. INEXISTÊNCIA. SENTENÇA MANTIDA. 1. A relação jurídica entre os planos e seguros privados de assistência à saúde e o segurado é tipicamente de consumo, submetendo-se às regras e princípios do Código de Defesa do Consumidor. 2. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado (Súmula 302/STJ: É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado). 3. Não se mostra razoável a tese de que se deveria excluir do campo de incidência da referida súmula o tratamento médico em estabelecimento de reabilitação, o qual, por força de lei, está compreendido no próprio objeto do contrato, qual seja, a assistência à saúde. 4. É abusiva a cláusula que impõe coparticipação do consumidor em internação psiquiátrica superior a trinta dias, pois é contrária a própria natureza do contrato e às expectativas do consumidor quando celebra esse tipo de avença. Precedentes do STJ e deste TJDFT. (TJDFT, Acórdão n.1028235, 20160910149565APC, Relator: GISLENE PINHEIRO 7ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 28/06/2017, Publicado no DJE: 03/07/2017. Pág.: 581-585).

Nos casos específicos de tratamento psiquiátrico para desintoxicação de

quadros de intoxicação ou abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização, não é possível prever-se o tempo de restabelecimento do paciente, tampouco é razoável suspender um tratamento indispensável à manutenção da saúde e garantia da vida do paciente. Enquanto perdurar a necessidade de permanência em hospital-dia do paciente, o tratamento deverá ser empregado ininterruptamente.

O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é de conhecimento de todos, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Ora, se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado a limitação do tempo de sua internação, com graves riscos a sua vida e saúde.

Como visto, o consumo de drogas e as fármaco dependências refletem, em larga escala, um grave problema social e de saúde pública, sendo que restringir o tratamento desta doença, através de cláusulas contratuais limitativas do tempo de internação do segurado, é fazer, sem sombra de dúvidas, com que o contrato de plano de saúde não atinja sua almejada função social.

Diante do exposto, por ser de relevância social, peço o apoio dos nobres pares para a aprovação deste Projeto de lei.

Sala das Sessões, 13 de dezembro de 2017.

_____

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 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO VI
DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

.....

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de

qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vontade que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§ 1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.298, de 1/8/1996)*
§ 2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente,

mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§ 3º (VETADO).
.....
.....

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*

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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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)*

.....

.....

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SÚMULA N° 302

«É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.»

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 AO PL-1272/2015.

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.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 9.701, DE 2018

(Da Sra. Laura Carneiro)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o tratamento da obesidade no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-805/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o tratamento da obesidade no âmbito dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo dos seguintes artigos:

“Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei custear a internação de indivíduos com obesidade mórbida ou obesidade relacionada a comorbidades em estabelecimento de saúde médico especializado em emagrecimento, desde

que haja indicação do médico assistente."

"Art. 10-D. Nos casos em que houver indicação médica para o tratamento cirúrgico do indivíduo com obesidade, em conformidade com os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, os procedimentos serão realizados, sempre que clinicamente possível e por decisão do médico assistente, por videolaparoscopia, ou pela via menos invasiva possível."

Art. 3º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza pelo excesso de gordura no organismo. Para detectá-la, o método mais comumente utilizado fundamenta-se na gravidade do excesso de peso, que é aferido pelo Índice de Massa Corporal (IMC). No Brasil, há cada ano, aumenta o número de pessoas obesas. A pesquisa Vigitel 2016 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)[15] demonstrou que 53,8% dos brasileiros têm excesso de peso e que 18,9% são obesos.

Por ser resultado da combinação de diversas causas, como as comportamentais (alimentação, uso de medicamentos, sedentarismo) e as genéticas, essa moléstia é um complexo problema de Saúde Pública. Se não bastasse o fato de, por si só, representar uma enfermidade, ainda está relacionada a alguns tipos de neoplasias, doenças cardiovasculares, refluxo gástrico, doenças hepáticas, diabetes tipo 2, entre outras[16].

No campo da Saúde Suplementar, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde[17] mais recente, veiculado pela Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017[18], estabelece, em seus anexos, que é obrigada a realização de alguns procedimentos para o tratamento de obesidade, como a colocação de banda gástrica e a gastroplastia. Não prevê, todavia, a obrigatoriedade da internação em clínicas especializadas em emagrecimento.

É preciso destacar, no entanto, que, embora o rol mínimo preveja diversos tratamentos cirúrgicos para essa doença, pesquisas recentes demonstram que o tratamento clínico intensivo multidisciplinar, feito por endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos pode ser bem mais eficaz do que a cirurgia. Estudo[19] nesse sentido, de autoria do endocrinologista Flávio Cadegiani, foi apresentado, em 2015, na "Obesity Week" (congresso mundial sobre obesidade).

[15] http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf

[16] http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf

[17] O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e é revista a cada dois anos.

[18] http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==

[19] https://veja.abril.com.br/saude/obesidade-tratamento-clinico-e-mais-eficaz-que-cirurgia/

O Poder Judiciário já se atentou para isso e, recentemente, a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu[20] que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a custear a internação de pacientes com obesidade grave em hospitais ou clínicas especializadas em emagrecimento, caso esta seja a indicação do médico, ainda que não haja previsão contratual para tal cobertura. O Colegiado entendeu que "havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor".

Ressaltamos que, quando mencionamos clínicas de emagrecimento, não pensamos em tratamentos de cunho estético realizado em SPAs, clínicas de repouso ou estâncias hidrominerais. Esse tipo de tratamento não deve ser coberto pelas operadoras, em obediência ao art. 10, IV, da Lei nº 9.656, de 1998. Referimo-nos a tratamentos prescritos por médicos, realizados em estabelecimentos de saúde multidisciplinares.

Há situações, todavia, em que, por insucesso de todas as outras terapias disponíveis, a cirurgia se torna inevitável. Nesses casos, é preciso estabelecer, em Lei, que os procedimentos sejam feitos, de preferência, da forma menos invasiva possível.

Atualmente, as cirurgias para a obesidade custeadas pelas operadoras de planos de saúde podem ser feitas por via laparotômica, ou seja, com abertura do abdômen, ou por videolaparoscopia, com pequenas incisões, de meio a um centímetro cada. Essa segunda técnica, muito menos invasiva, ocasiona menor trauma cirúrgico, menos sangramento durante a cirurgia, menor dor pós-operatória e um retorno mais rápido às atividades habituais. Ademais, reduz o risco de infecções, de deformidade por cicatrizes e a ocorrência de aderências pós-operatórias[21].

Diante do exposto, concluímos que, embora o STJ tenha se pronunciado no sentido de que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a custear o tratamento de obesidade em clínica de emagrecimento, é preciso que essa garantia seja elevada ao "status" legal, para que não seja mais passível de questionamento.

Apontamos, também, que é necessário evidenciar, na Lei, que, quando inevitável, o tratamento cirúrgico da obesidade tem de ser o mais confortável e seguro para o paciente. Dessa forma, sempre que clinicamente possível e a critério do médico assistente, a operadora tem de custear o procedimento menos invasivo possível.

Nós, como Representantes do Povo, temos de garantir que as operadoras

[20] https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=78839772&num_registro=201602377357&data=20171218&tipo=5&formato=PDF

[21] http://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/563097/laparotomia+versus+laparoscopia+o+que+sao+como+sao+feitas+quais+as+vantagens+e+desvantagens.htm

proporcionem aos seus respectivos consumidores o melhor tratamento, entre os disponíveis e indicáveis para cada situação. Essas instituições, que se dispõem a proporcionar o custeio do atendimento à saúde dos seus usuários em troca de uma contraprestação pecuniária mensal, têm o dever de oferecer atendimento condigno e eficaz aos beneficiários de planos. É por isso que peço aos nobres pares apoio para a aprovação deste PL.

Sala das Sessões, em 06 de março de 2018.

Deputada Federal LAURA CARNEIRO

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art.

1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 428, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2017

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III 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. 30 da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 23 de outubro de 2017, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I
Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução Normativa – RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.
Art. 2º As operadoras de planos de assistência à saúde poderão oferecer cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta - RN e em seus Anexos, por sua iniciativa ou mediante expressa previsão no instrumento contratual referente ao plano privado de assistência à saúde.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 9.720, DE 2018

(Do Sr. Célio Silveira)

Acrescenta o artigo 10-C à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, para incluir no rol de procedimentos de cobertura obrigatória a internação domiciliar - home care.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta o artigo 10-C à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, para incluir no rol de procedimentos de cobertura obrigatória a internação hospitalar – home car.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo 10-C:

"Art. 10-C. *Cabe às operadoras dos produtos tratados nos incisos I e II e no §1º do art. 1º desta Lei, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, prestar serviços de internação domiciliar, home care, ao paciente portador de doença crônica ou aguda, desde que indicado por no mínimo 2 (dois) médicos, como o único tratamento possível ou o mais indicado ao paciente.*

§ 1º. A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo. " (NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A internação domiciliar, também conhecida como home care, consiste na permissão dada ao paciente, portador de doença crônica ou aguda, de ser internado em sua residência, com cuidado intensivo e multiprofissional, caracterizado pelo deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para o seu lar.

O home care não está previsto no rol dos procedimentos de cobertura obrigatória dos planos de saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tampouco na Lei nº 9.656/98, lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A Agência Reguladora, entretanto, ressalva que não há impedimentos para que os planos de saúde ofereçam a cobertura, tratando-se, deste modo, de uma discricionariedade.

No entanto, para que o paciente não venha a ficar sem atendimento em caso de indicação da internação domiciliar, a ANS determina que, caso o plano de saúde não a autorize, ele deverá manter o paciente internado no hospital até que ele tenha condições de receber alta médica.

Infelizmente, na prática, essa determinação é frequentemente descumprida. Quando o paciente está internado em regime hospitalar, recebe indicação da internação domiciliar e a operadora de saúde recusa a cobertura, ela entende que o usuário do plano está apto para a alta, não mais carecendo de recursos hospitalares. Assim, o paciente recebe uma dupla recusa por parte da operadora e resta desassistido.[22]

No entanto, há pacientes que, mesmo não correndo mais risco de morte ou carecendo do ambiente hospitalar, não têm condições de receber alta, pois dependem de recursos e equipamentos médicos, além da prestação de serviços de equipe multiprofissional. Tais necessidades só podem ser supridas em um hospital ou home care.

São muitos os casos em que o paciente necessita do tratamento prolongado domiciliar. Exemplos são pacientes que necessitam de alimentação enteral e aqueles que precisam permanecer em repouso, com suporte para oxigenoterapia. Podemos citar, ainda, aqueles que sofrem sequelas causadas por acidente vascular cerebral, os portadores de Alzheimer ou doença de Parkinson em estágio avançado, entre outras doenças que podem ser tratadas no home care, desde que haja a estrutura adequada de suporte para o paciente.

Diante das reiteradas negativas dos planos de saúde, os segurados têm recorrido ao judiciário na tentativa de terem os seus direitos respeitados. O problema é que, em muitos casos, a demanda judicial demora em torno de 02 anos, e para obter a efetivação do serviço, são expedidas liminares que garantem a cobertura do atendimento durante o trâmite da ação.

Ao negar o atendimento aos beneficiários pagantes do plano de saúde, as operadoras contrariam a indicação médica, fazendo um juízo que não cabe a elas. Aos médicos competem decidirem o melhor procedimento a ser adotado em cada caso.

Portanto, a fim de se dar maior concretude ao direito à saúde, garantia constitucional, e em respeito à dignidade da pessoa humana, propomos a inclusão do serviço de internação domiciliar dentre os procedimentos que devem ser cobertos pelas operadoras de planos de saúde. Para isso, a presente proposição exige a prescrição expressa de pelo menos dois médicos, indicando ser este o único ou mais indicado tratamento do paciente.

A internação domiciliar não é apenas um desejo do paciente e de seus familiares, mas sim uma indicação médica com o intuito de resguardar a saúde, humanizar a assistência à saúde e propiciar ao beneficiário o tratamento adequado.

Trata-se, portanto, de medida necessária ao aperfeiçoamento da legislação e que será de grande valia aos usuários dos planos de saúde, razão pela qual conto com o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 07 de março de 2018.

[22] ARAÚJO, Rodrigo. Home care é direito do consumidor de planos de saúde. Consultado em: http://www.acjadvocacia.com.br/blog/homecare-e-direito-do-consumidor-de-planos-de-saude/

Deputado CÉLIO SILVEIRA
PSDB/GO

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 4º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 5º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 6º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 7º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 9.925, DE 2018

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a concederem descontos aos beneficiários que utilizarem com pouca frequência os serviços contratados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-176/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a concederem descontos aos beneficiários que utilizarem com pouca frequência os serviços contratados.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 16-A:

"Art. 16-A. As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão conceder descontos progressivos nas respectivas mensalidades aos beneficiários que se utilizarem dos serviços contratados com pouca frequência, nos termos de regulamento."

Art. 3º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Em conformidade com informação veiculada, em 2017, pelo Jornal Valor Econômico[23], o lucro das operadoras de planos de saúde aumentou 70,6% em 2016. Essas pessoas jurídicas, que atuam num importante segmento econômico no País, auferem, anualmente, bilhões de reais, uma vez que, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), há cerca de 47,3 milhões de brasileiros vinculados a elas[24]. Ou seja: aproximadamente 25% dos habitantes do País pagam mensalidades, na maioria das vezes altas, para garantir atendimento em caso de problemas de saúde inesperados. Os valores desses planos são reajustados não apenas anualmente, com

[23] http://www.valor.com.br/empresas/5001906/lucro-das-operadoras-de-planos-de-saude-sobe-706-em-2016-afirma-ans
[24] http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais

índices superiores à inflação[25], como também quando ocorre mudança de faixa etária.

Entre os beneficiários, há aqueles que se utilizam dos serviços contratados pouquíssimas vezes durante a vida. São pessoas com condições de saúde favoráveis e estáveis, que custeiam as mensalidades por questão de precaução, mas quase nunca realizam consultas, internações ou outros serviços cobertos. De acordo com a legislação vigente, esses sujeitos são igualados com outros que se utilizam, intensivamente, dos serviços contratados. Num mesmo tipo de contrato, duas pessoas, da mesma idade, mas que têm perfis completamente diferente de utilização, pagam o mesmo valor às operadoras.

Isso, na nossa opinião, tem de ser mudado. Aquele que cuida mais da saúde e, por isso, necessita visitar os serviços de saúde com menos frequência, tem de ser favorecido. Atualmente, consoante a ANS[26], ao beneficiário que aderir ao programa de promoção do envelhecimento ativo poderá ser concedido desconto na mensalidade do plano. No entanto, isso é apenas uma faculdade. Nada obriga as operadoras a proporcionar esse desconto.

Por isso, propomos este PL, na expectativa de modificar esse panorama. Contamos com o apoio dos nobres parlamentares nesta causa.

Sala das Sessões, em 03 de abril de 2018.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

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

[25] http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,ans-autoriza-reajuste-de-ate-13-55-em-planos-de-saude,70001806173

[26] http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=899&historico=15343144

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)*
§ 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 9.940, DE 2018

(Do Senado Federal)

PLS nº 308/2015
OFÍCIO nº 306/2018 (SF)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para descentralizar o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. .....

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS, com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito de 20% (vinte por cento) ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) e 80% (oitenta por cento) ao fundo de saúde do ente da Federação ao qual é vinculado o estabelecimento onde se deu o atendimento.

.....

§ 10. Os entes da Federação que optarem, mediante convênio, por fiscalizar e cobrar o ressarcimento previsto no **caput** farão jus à totalidade do crédito dos valores a que se referem os §§ 3º e 6º, a serem depositados diretamente no respectivo fundo de saúde.

§ 11. Na hipótese do § 10, aplicam-se aos entes da Federação optantes as obrigações a que se referem os §§ 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 7º." (NR)

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

Senado Federal, em 3 de abril de 2018.

Senador Eunício Oliveira
Presidente do Senado Federal

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 10.113, DE 2018

(Do Sr. Francisco Floriano)

"Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7594/2010.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

"Art. 10.....

.....

§ 5º. é possível a equiparação dos progenitores aos genitores para fins de inclusão como dependentes em plano de saúde do neto (a), em virtude da existência de paternidade socioafetiva".

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

JUSTIFICATIVA

O objetivo desse Projeto de lei é garantir a inclusão dos progenitores (avós) como dependentes no plano de saúde do neto (a), em virtude da existência de paternidade socioafetiva.

Muito se avançou no Brasil no que a doutrina jurídica especializada denomina paternidade (e filiação) socioafetiva, assim entendida a que se constitui na convivência familiar, independentemente da origem do filho.

A denominação agrupa duas realidades: uma, a integração definitiva da pessoa no grupo social familiar; outra, a relação afetiva tecida no tempo entre quem assume o papel de pai e quem assume o papel de filho.

O direito brasileiro mudou substancialmente a partir da Constituição de 1988, uma das mais avançadas do mundo em matéria de relações familiares, cujas linhas fundamentais projetaram-se no Código Civil de 2002. O ponto essencial é que a relação de paternidade não depende mais da exclusiva relação biológica entre pai e filho.

Encontram-se na Constituição brasileira vários fundamentos do estado de filiação geral, que não se resume à filiação biológica: a) todos os filhos são iguais, independentemente de sua origem (art. 227, § 6º); b) a adoção, como escolha afetiva, alçou-se integralmente ao plano da igualdade de direitos (art. 227, §§ 5º e 6º); c) a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes, incluindo se os adotivos, tem a mesma dignidade de família constitucionalmente protegida (art. 226, § 4º); não é relevante a origem ou existência de outro pai (genitor); d) o direito à convivência familiar, e não a origem genética, constitui prioridade

absoluta da criança e o do adolescente (art. 227, caput). Portanto, toda vez que um estado de filiação estiver constituído na convivência familiar duradoura, com a decorrente paternidade socioafetiva consolidada, esta não poderá ser impugnada nem contraditada.

Com a Lei 9.656/90, tornou possível a inclusão do filho adotivo como dependente de seus pais socioafetivos, ou responsável, sem nenhuma carência (Art. 12, inciso VII)

Em relação à linha ascendente de parentesco, o contrato somente possibilita à inclusão de genitores (pais) como beneficiários do plano de assistência de saúde, na condição de dependentes.

Conforme entendimento dos planos de saúde, a previsão contratual, ao utilizar a palavra "genitor", refere-se apenas à paternidade biológica, deixando em desamparo as relações decorrentes de paternidade socioafetiva, em clara ofensa ao disposto no art. 227, § 6º, da Constituição Federal.

Nessa linha de interpretação, a orientação que tem prevalecido nos tribunais superiores é que a referida cláusula deve ser aplicada, *in casu*, por analogia, em virtude da existência incontroversa da paternidade socioafetiva entre os avós e neto (a), na medida em que ela foi criada por eles desde o falecimento dos seus pais, quando contava apenas com quatro anos de idade. Desse modo, a Turma negou provimento ao recurso. (TJDFT, Acórdão n. 1076812, 20160110531397APC, Relator Des. Fábio Eduardo Marques, 7ª Turma Cível, data de julgamento: 21/2/2018, publicado no DJe: 27/2/2018)

O ministro Villas Bôas Cueva, do STJ, lembrou que, a paternidade socioafetiva consubstancia o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, pois permite que um indivíduo tenha reconhecido seu histórico de vida e a sua condição social, valorizando, além dos aspectos formais, a verdade real dos fatos.

Assim, em conformidade com o entendimento dos tribunais superiores e da doutrina majoritária, penso ser importante a expressa menção a paternidade socioafetiva para que não haja dúvida na interpretação da Lei.

Diante do exposto, peço o apoio dos nobres pares para a aprovação deste Projeto de lei.

Sala das sessões, 25 de abril 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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e

individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO VII
DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DO JOVEM E DO IDOSO
(Denominação do capítulo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.
§ 1º O casamento é civil e gratuita a celebração.
§ 2º O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.
§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.
§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.
§ 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.
§ 6º O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio. *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 66, de 2010)*
§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.
§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.
Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem , com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. *("Caput" do artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: *(Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;
II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.
§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:
I - idade mínima de quatorze anos para admissão ao trabalho, observado o disposto no art. 7º, XXXIII;
II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas;
III - garantia de acesso do trabalhador adolescente e jovem à escola; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
IV - garantia de pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na

relação processual e defesa técnica por profissional habilitado, segundo dispuser a legislação tutelar específica;
V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;
VI - estímulo do poder público, através de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, nos termos da lei, ao acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente órfão ou abandonado;
VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins. *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.
§ 5º A adoção será assistida pelo poder público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.
§ 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.
§ 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204.
§ 8º A Lei estabelecerá:
I – o estatuto da juventude, destinado a regular os direitos dos jovens;
II – o plano nacional de juventude, de duração decenal, visando à articulação das várias esferas do poder público para a execução de políticas públicas. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*
Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.
.....
.....

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 10.252, DE 2018

(Do Sr. Victor Mendes)

"Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação e funcionamento 24 horas por dia, de uma central telefônica exclusiva para atendimento em caráter de urgência e emergência, pelas empresas de planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências."

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1948/2015.

A PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º - Esta lei dispõe sobre a obrigação dos planos e seguros privados de assistência à saúde

oferecerem uma central telefônica exclusiva, de funcionamento 24 horas, 07 dias por semana, para uso exclusivo por usuários em situações de urgência e emergência.

§ 1º Em situações emergenciais, não se exigirá dos consumidores que forneçam e/ou confirmem dados cadastrais, tais como número de carteira do plano, endereços, telefones, solicitando-se somente nome e C.P.F. para identificação cadastral.

Artigo 2º - O número da central telefônica disponibilizada deverá ser no formato 0800 ou outro similar sem custos de ligação para os consumidores.

Artigo 3º - O número da central telefônica disponibilizada deverá ser amplamente divulgado pelas empresas de planos e seguros privados de assistência à saúde, constando preferencialmente em destaque no verso das carteiras de saúde.

Artigo 4º -A não observância do disposto na presente lei ensejará a cobrança de multas a serem estabelecidas pelos órgãos de fiscalização competentes.

Artigo 5º - Esta Lei entra em vigor no prazo de 06 (seis) meses ano após sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O presente projeto de Lei possui como objetivo primordial estabelecer a obrigação dos planos e seguros privados de assistência à saúde disponibilizarem, de forma gratuita, e com funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana, uma central telefônica de uso exclusivo para situações de urgência e emergência.

A relevância do presente projeto consiste na solução de um problema que ocorre corriqueiramente na vida de usuários de planos e seguros de saúde: no momento de emergência, seja por negativa de atendimento em rede hospitalar, seja por falta de leito de UTI em hospitais credenciados, ou qualquer outra emergência que possa surgir, o usuário se vê obrigado a telefonar para o número de atendimento padrão do plano de saúde, "concorrendo" com outras ligações de caráter não urgente, acarretando muitas vezes, risco de morte do usuário pela falta de contato para resolução de um problema emergencial. Ressalte-se que muitos desse telefones ainda possuem um horário restrito de funcionamento, como se uma situação emergencial não pudesse ocorrer a qualquer hora em qualquer dia da semana.

Já existem em vários estados brasileiros, e mesmo em tramite em nossa Casa Legislativa, diversos projetos e Leis que obrigam as empresas de telefonia, internet e televisão por assinatura, a disponibilizarem um número ou um ramal exclusivo para cancelamento de assinatura, de modo a desburocratizar o acesso a esse serviço.

A ideia neste projeto é fazer algo semelhante, só que voltando para algo mais essencial: a saúde dos consumidores, de modo a agilizar e desburocratizar o atendimento aos usuários de plano de saúde nos momentos de urgência, como por exemplo, na necessidade de acionamento de uma ambulância.

Assim, pela grande relevância do presente projeto de Lei, e somente trará benefícios ao usuários/consumidores dos planos e seguros privados de assistência à saúde, contamos com o valioso apoio dos meus nobres Colegas para aprovação do presente projeto.

Atenciosamente.

Sala das Sessões, 16 de maio de 2018.

VICTOR MENDES
Deputado Federal

PROJETO DE LEI N.º 10.609, DE 2018

(Do Sr. Adail Carneiro)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura dos custos dos exames de saúde necessários para a concessão e a renovação da Carteira Nacional de Habilitação.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5963/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura dos custos dos exames de saúde necessários para a concessão e a renovação da Carteira Nacional de Habilitação.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para a vigorar acrescida do seguinte art. 10-C:

"Art. 10-C. As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei deverão cobrir os custos dos exames de saúde para a aferição da aptidão física e mental do condutor necessários para a concessão e a renovação da Carteira Nacional de Habilitação, mediante pagamento direto ou reembolso."

Art. 3º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com base em dados consolidados em outubro de 2017, o número total de beneficiários de planos médico-hospitalares no País é de 47,4 milhões[27]. Ou seja: cerca de 25% da população brasileira paga, mensalmente, quantias quase sempre altas, para ter acesso à saúde suplementar. Os valores desses planos são reajustados a cada ano, com índices superiores à inflação[28], e também quando ocorre mudança de faixa etária.

No entanto, mesmo arcando com essa despesa extra no orçamento, os consumidores de planos de saúde que também são condutores de veículo, ou que pleiteiam essa

[27] http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude
[28] http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,ans-autoriza-reajuste-de-ate-13-55-em-planos-de-saude,70001806173

condição, são forçados a custear os exames de aptidão física e mental para a concessão ou renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

Essa situação é contraditória, já que tais procedimentos são exames médicos como outros quaisquer e estão consignados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Se houvesse real observância do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não poderia existir essa injusta exclusão.

Ora, se o beneficiário de planos de saúde necessita de um atestado para a prática desportiva, ele pode consegui-lo mediante uso do plano de saúde. Por que também não podem as operadoras custear os exames para a concessão ou renovação da CNH?

Muitos brasileiros optam pela saúde suplementar justamente porque o Sistema Único de Saúde, que deveria promover atendimento integral e universal à população, tem gargalos que o afastam bastante dos padrões de eficiência necessários. Essas pessoas já dispõem de relevante parte dos seus ganhos, na expectativa de não dependerem da saúde pública e de não terem despesas inesperadas em razão de intercorrências. Nesse cenário, nada mais justo do que obrigar os planos a custearem os exames médicos para a concessão e a renovação da habilitação desses cidadãos.

Em razão do exposto, e em nome da parcela da população do País que se utiliza de planos de saúde, peço apoio dos nobres pares na aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 11 de julho de 2018.

Deputado ADAIL CARNEIRO

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 10.700, DE 2018

(Da Sra. Clarissa Garotinho)

Fica alterada a Lei n 9656 de 03 de junho de 1998 determinando que os reajustes para planos de saúde coletivos sejam regulado pela ANS -

Agência Nacional de Saúde Suplementar.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 determinando que os reajustes para planos de saúde coletivos sejam regulado pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 2º Fica alterado o § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 que passará a ter a seguinte redação:

"Art. 35 E (...)

(...)

§ 2º Em todos os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS, limitadas por definição de índice de reajustes máximos, podendo a mesma ser definida de acordo:

I - o tipo de produto contratado, nos termos do inciso VII do art. 16;

II – o número de beneficiários do contrato;

III - a modalidade dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei;

(...)" (NR)

Art. 3º Até a definição de índice de reajuste máximo para todas as categorias de planos privados de assistência à saúde de que trata a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, os mesmos serão reajustados em percentual que não superior ao índice de reajuste estabelecido para os planos do tipo individual.

Art. 4 º Esta lei entra em vigor 365 dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os planos de saúde privados são divididos em 3 grupamentos: individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão. O reajuste dos planos de saúde do grupamento individual é praticado somente após aprovação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. O mesmo não ocorre com os planos coletivos, onde os reajustes são definidos em acordo realizados diretamente entre os contratantes e as operadoras.

Resultado deste modelo é que para o período de 2018/ 2019 a média de reajuste dos planos coletivos foi de 19% enquanto os planos individuais sofreram reajuste de 10%. Essa diferença fica ainda mais discrepante quando se considera que o IPCA fechou em 2,95% e o IPCA Saúde em 6,52% no ano passado.

Este aumento desproporcional, considerada a inflação para o período, gerou tanta repercussão obrigando a ANS a publicar nota de esclarecimento reafirmando que a ANS não regula o aumento deste tipo de plano. Segue trecho da nota:

"Em decorrência da divulgação de informações imprecisas a respeito do reajuste de planos coletivos, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece:

(...)

O reajuste anual de planos coletivos é aplicado ***conforme as normas contratuais definidas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica contratante*** *(empresa, sindicato, associação) e deve ser comunicado à ANS em no máximo até 30 dias após o aumento do preço."*

O site "migalhas", amplamente conhecido no seguimento jurídico, publicou artigo criticando a metodologia de reajuste aplicada pelas operadoras destes planos coletivos. Os contratos coletivos de plano de saúde médicos e/ou odontológicos, em sua grande maioria, contemplam possibilidades de reajuste financeiro anual de difícil compreensão para os contratantes. Segue trecho:

"Nestes planos coletivos a regra é de que os reajustes devem ser acordados mediante negociação entre as partes. Na prática, sabe-se que não é assim que acontece e são raras as vezes que o contratante consegue negociar o percentual de aumento anual ou até mesmo ter ciência dos exatos números que o compõem.

As operadoras se baseiam em cláusulas inseridas nos contratos com diversas hipóteses de reajustes que poderão ser aplicados em seu aniversário, sem qualquer possibilidade do beneficiário ter ciência quando da contratação de qual será o percentual de aumento que será aplicado a cada ano, e também sem a menor possibilidade de se conferir se os percentuais meramente informados foram realmente aplicados de forma correta e de acordo com o contrato.

Os percentuais invariavelmente estão acima dos índices da inflação, por estarem justificados em números obscuros de sinistralidade e de aumento de custo médico-hospitalar inacessíveis."

O projeto que apresento determina que, independente do regime ou tipo de contratação, todos os planos de saúde deverão ter seus reajustes aprovados pela ANS. Inclusive a própria ANS já tem esta competência, instituída pela Lei n 9961 de 28 de janeiro de 2000:

"Art. 4º Compete à ANS:

(...)

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda"

Especialistas apontam que a estratégia utilizada pelas operadoras é de sempre apresentar ao consumidor valores iniciais mais baratos para a contratação de um plano de saúde coletivo. Porém como o mercado é desregulado e com os reajustes bem superiores a inflação auferida no período, num curto prazo de tempo o valor pago pelo cliente num plano coletivo supera o individual.

Vale destacar que 77,3% dos contratantes possuem um plano de saúde coletivo. São 37.061.915 milhões de brasileiros que anualmente se submetem a este tipo de reajuste sempre muito superior a inflação.

Por todo exposto solicito aos nobres colegas a aprovação da presente proposta que tem o intuito de evitar reajustes abusivos para consumidores de planos de saúde coletivos.

Sala das Sessões, 08 de agosto de 2018

Deputada CLARISSA GAROTINHO
PROS/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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

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)*
§ 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)*
.....
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua

vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;

III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente

a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar

em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....
Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de

serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00

(cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 10.960, DE 2018

(Do Sr. Felipe Carreras)

Altera o Artigo 12 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com a inclusão do inciso VIII que trata da cobertura de consultas, orientação, atendimento e acompanhamento por profissional de Educação Física e Nutrição devidamente credenciado, e dá outras providências.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 7267/2002 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 7267/2002 o PL 805/2011, o PL 4294/2016, o PL 10960/2018 e o PL 5881/2019, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica alterado o artigo 12 da Lei nº. 9.656/1998, de 03 de junho de 1998, que passa a vigorar acrescida do seguinte inciso:

(...) "VIII – cobertura de consultas, orientação, atendimento e acompanhamento por profissional de Educação Física e Nutrição, devidamente credenciado na entidade de classe vigente, em consultórios, academias de musculação e demais estabelecimentos de condicionamento físico, iniciação e prática esportiva, ensino de esportes e recreação esportiva em número ilimitado, mediante solicitação de Médico especializado ou do Médico Assistente, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, em condições preventivas e/ou práticas alternativas a ambulatório, internação hospitalar, e outros previstos neste artigo.".

Art. 2º Fica autorizado o Poder Executivo a determinar que a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar e a ANVISA - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária sejam as responsáveis por planejar, organizar, dirigir, controlar e efetuar as devidas adequações no prazo máximo de até 120(cento e vinte) dias junto aos Planos de

Saúde e entidades envolvidas.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo é contribuir para que os usuários de Planos de Saúde possam de forma preventiva e mesmo alternativa à internação ou às condições de ambulatório ser atendidos e se organizar em termos de saúde, com atendimento ampliado, melhoria da qualidade de vida e de superação de dificuldades de saúde ou doenças, ou se precaver para o não aparecimento de moléstias ou malefícios.

Isso gerará economia aos Planos de Saúde que terão oportunidade de ter clientes credenciados e corretores mais saudáveis e com isso diminuir seu custo operacional. Por outro lado, valorizará atividades, como a musculação, que muito além de esculpir o corpo e ganhar formas bem definidas, surgem como alternativas dentro do processo Clínico ou Médico.

E os benefícios desse tipo de atividade ultrapassam a estética: portadores de doenças crônicas, como osteoporose e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), hipertensos, diabéticos, obesos, artríticos apresentam melhora nos sintomas e ganham qualidade de vida com os treinos regulares. Em alguns casos, o exercício pode até diminuir a dependência de medicamentos.

Inúmeras pesquisas realizadas utilizando a musculação concomitante ao tratamento químico demonstraram uma maior eficácia no tratamento da depressão, onde foram observadas melhorias mais rapidamente como melhoria da estabilidade emocional, imagem corporativa positiva, aumento da positividade e autocontrole psicológico, melhora do humor, interação social positiva, redução da insônia e dos níveis de stress, dentre outros.

A literatura aponta que a musculação alivia a ansiedade e a insônia em casos diagnosticados de depressão clínica. Isso acontece porque a musculação estimula a produção de testosterona e o GH (hormônio do crescimento) e inibe a síntese do cortisol, um hormônio do stress que em quantidades elevadas (situações de ansiedade, por exemplo) diminui as defesas do sistema imunológico e acentua o acúmulo de gordura no corpo. Além desses dois hormônios, não se pode deixar de mencionar as ações de neurotransmissores como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, os quais podem ser potencializados pela alimentação.

Com esse exemplo – a musculação – mostro a necessidade de ampliação dos incisos previstos no Artigo 12 da Lei dos Planos de Saúde, e espero poder conseguir o apoiamento dos meus pares para a inclusão deste novo inciso no referido artigo da Lei.

Sala das Sessões, em 7 de novembro de 2018.

Deputado **FELIPE CARRERAS**
PSB/PE

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 11.058, DE 2018

(Do Sr. Júlio Delgado)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para vedar o uso do mecanismo de regulação financeira denominado franquia nos contratos de planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para vedar o uso do mecanismo de regulação financeira denominado franquia nos contratos de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 16-A:

"Art. 16-A. É vedado às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei o uso do mecanismo de regulação financeira denominado franquia nos contratos de planos privados de assistência à saúde."

Art. 3º O art. 16, VIII, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 16. .....

.....

VIII - os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

.....(NR)"

Art. 4º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde (ANS)[29] está discutindo uma proposta de regulamentação da franquia, mecanismo de regulação financeira que consiste num

[29]http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4407-coparticipacao-e-franquia

valor estabelecido no contrato do plano de saúde até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

Essa iniciativa tem apoio das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Os gestores dessas instituições preveem que, com a cobrança da franquia, haverá contenção de custos excessivos e redução da realização de procedimentos desnecessários por parte dos beneficiários.

No entanto, consoante notícia publicada pelo Estadão[30], representantes de entidades de defesa dos direitos do consumidor consideram que a franquia traz, na verdade, prejuízo aos consumidores que usam os serviços providos pelos planos com frequência, como os idosos e os pacientes com doenças crônicas ou graves. Com o uso desse mecanismo, essas pessoas, que já têm parcela relevante do orçamento comprometida com despesas de saúde, serão ainda mais sobrecarregadas, pois terão de custear, além da mensalidade dos planos, os procedimentos cujo valor não supere o da franquia.

Nesse contexto, é importante destacar experiência regulatória recente ocorrida no País, que, a pretexto de beneficiar os consumidores de passagens aéreas, acabou os prejudicando. Em 2017, a Agência Nacional de Aviação Civil permitiu que as companhias aéreas passassem a vender passagens que não davam direito ao despacho de bagagem, sob a justificativa de que o valor das viagens cairia para os passageiros que levassem apenas malas de mão. Porém, de acordo com notícia do Estadão[31], as tarifas não apenas não caíram, como também até aumentaram em alguns trechos, após a aplicação dessa medida.

Em razão do exposto, solicitamos apoio dos Nobres Parlamentares para a aprovação deste Projeto, que visa a defender os direitos de milhões de beneficiários de planos privados de assistência à saúde que tendem a ser prejudicados com a cobrança de franquia para a submissão a procedimentos.

Sala das Sessões, em 27 de novembro de 2018.

Deputado JÚLIO DELGADO

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

[30]https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,plano-de-saude-podera-ter-uma-franquia-com-o-mesmo-valor-da-mensalidade,70002271538

[31]https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,bagagens-nao-derrubam-precos-dos-bilhetes-aereos,70002231371

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)*

§ 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)*

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 11.086, DE 2018

(Do Sr. Marx Beltrão)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear as despesas dos beneficiários com profissionais de educação física, conforme indicação de médico assistente.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-10960/2018.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear as despesas dos beneficiários com profissionais de educação física, conforme indicação de médico assistente.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"Art. 10-C Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, respeitada a segmentação contratada, o dever de custear as despesas dos beneficiários com os serviços de profissionais de educação física, conforme indicação de médico assistente, nos termos de regulamento."

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)[32], saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Assim, para alcançar uma vida efetivamente saudável, a prática regular de exercícios físicos é fundamental.

Consoante a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte[33], "o incremento da atividade física de uma população contribui decisivamente para a saúde pública, com forte impacto na redução dos custos com tratamentos, inclusive hospitalares, uma das razões de seus consideráveis benefícios sociais".

Embora já se notem benefícios à saúde na execução de atividades de intensidade relativamente baixa, comuns no cotidiano, um programa regular de exercícios físicos que explore não só a força muscular, mas também a capacidade aeróbica do indivíduo e a sua flexibilidade, é bem mais eficiente para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão[34].

No entanto, para que as pessoas possam exercitar-se adequadamente, é preciso acompanhamento de especialista, que tem capacidade técnica de determinar a duração, a intensidade e a frequência ideais do exercício. Quando a atividade é supervisionada por profissional habilitado, os riscos da sua realização são minorados.

A Saúde Suplementar do Brasil tem desenvolvido estratégias para estimular a prática da promoção da saúde. De acordo com Karla Coelho, da ANS, o modelo assistencial almejado é aquele que contemple a integração da saúde com a prevenção, por meio de equipes multidisciplinares, tendo com fulcro a visão integral do ser humano[35]. Nesse contexto, evidencia-se ser imprescindível que a Lei nº 9.656, de 1998, preveja, em seu bojo, o custeio das despesas dos beneficiários com profissionais de educação física, respeitada a segmentação contratada, conforme indicação de médico assistente.

Ao convertermos esse PL em Lei, estaremos proporcionando mais saúde aos milhões de brasileiros beneficiários de planos de saúde. Para tanto, pedimos apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 28 de novembro de 2018.

Deputado MARX BELTRÃO

[32] http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html
[33] http://www.sbrate.com.br/pdf/artigos/atifissaude.pdf
[34] http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00345.pdf
[35] http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4398-dia-mundial-da-saude-atencao-primaria-e-promocao-da-saude-em-foco

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

Art. 10-B. Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 283, DE 2019

(Do Sr. Rubens Otoni)

Acrescenta dispositivos à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para determinar a nulidade de pleno direito de cláusula contratual excludente de cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7111/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art.1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passa a vigorar acrescida do Art. 16-A e respectivo Parágrafo único, com a seguinte redação:

Art. 16-A É nula de pleno direito a cláusula contratual que exclui a cobertura securitária em caso de lesões auto infligidas, decorrentes ou não de tentativa de suicídio.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput aos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração

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

JUSTIFICATIVA

O Código de Defesa do Consumidor veda e dispõe sobre a nulidade de pleno direito de cláusulas contratuais abusivas aplicadas nas relações de consumo. Todavia é prática comum nos planos e seguros privados de saúde negar atendimento médico hospitalar aos segurados vítimas de tentativa de suicídio, sob alegação de previsão contratual.

Ademais regulamentação infralegal, art. 9º da Resolução Normativa – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, garante o atendimento do segurado em caso de tentativa de suicídio, entretanto não são raros os casos de negativa de atendimento em ignorância ao normativo infralegal.

Portanto, para conferir segurança jurídica a questão, bem como resguardar o direito ao acesso a saúde, à dignidade da pessoa humana e reafirmar o disposto no Código de Defesa do Consumidor é necessária a aprovação da presente inovação legislativa.

Expõe-se a apreciação dos Nobres Pares a presente propositura legislativa em favor da qual se suplica apoio para aprovação.

Sala das Sessões, em 4 de fevereiro de 2019.

Deputado Rubens Otoni
PT/GO

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto,

serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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)*

§ 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 NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015
(Revogada pela RN nº 428, de 07/11/2017)

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em XXXX, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

.....

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única
Das Coberturas Assistenciais

.....
Art. 9º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.
§ 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.
§ 3º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
§ 4º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e a Cobertura Parcial Temporária – CPT.
Art. 10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 428, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2017

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III 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. 30 da Resolução Regimental – RR nº 1, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 23 de outubro de 2017, 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

.....
Art. 9º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.
§ 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.
§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde – que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§ 3º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:
I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e
II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.
§ 4º Os exames e procedimentos pré e pós-transplantes, para fins das disposições da RN nº 259, de 17 de junho de 2011, são considerados procedimentos de urgência e emergência, respeitadas as segmentações, os prazos de carência e CPT.
Art. 10. A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.
Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 770, DE 2019

(Do Sr. Geninho Zuliani)

Estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2295/2015.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei estabelece diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

Art. 2º A agência ou o órgão regulador na área de saúde suplementar expedirá normas regulamentadoras destinadas ao equilíbrio financeiro e econômico do sistema de saúde suplementar e à elaboração da política quinquenal para o reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, individuais ou coletivos. Parágrafo único. Na ausência de regulamento, as regras de reajuste aplicáveis aos planos de saúde individuais prevalecerão no âmbito dos planos ou seguros coletivos de saúde.

Art. 3º Caberá à agência ou ao órgão regulador na área de saúde suplementar estabelecer regras contratuais e de reajuste aplicáveis aos planos ou seguros coletivos e individuais de saúde, conforme características específicas de cada modalidade, de modo a permitir a coexistência sustentável das duas modalidades de plano.

Art. 4º A agência ou o órgão regulador na área de saúde suplementar, ao estabelecer diretrizes para os planos ou seguros de saúde, fixará: I – critérios objetivos e limites de reajustes de preços; II – condições de oferta e de contratação, para proteger o consumidor interessado em planos ou seguros individuais contra contratação abusiva ou forçada de planos ou seguros coletivos. Art. 5º O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, expedirá regulamento disciplinando o disposto nesta lei

Art. 5° Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei trata-se de uma homenagem à Rodrigo Garcia, então Vice-Governador do Estado de São Paulo, que durante todo seu mandato parlamentar não poupou esforços para proteger o consumidor final.

A motivação principal do Projeto de Lei é instituir regras que venham inibir a prática de grave distorção perpetrada ultimamente na área da saúde suplementar: o desaparecimento proposital e gradual, patrocinado pelo mercado, dos planos de saúde individuais.

É cediço de que parte das empresas que atuam no setor de saúde suplementar deixou de comercializar planos individuais de saúde e praticamente obrigaram os consumidores a firmarem planos empresariais, coletivos, ou por adesão, com o objetivo de fugirem das regras mais rigorosas que disciplinam os planos individuais; regras expedidas pelo órgão regulador (ANS).

A falta de regulação no âmbito dos planos coletivos tem permitido, por exemplo, a existência de cláusulas que autorizam a rescisão do contrato de forma unilateral e imotivada. O procedimento não parece ilegal, mas constitui uma fraude evidente às normas de direito de consumidor e às regras éticas de mercado

Propomos então a estruturação de lei à parte, a qual venha estabelecer diretrizes gerais para política de reajustes do setor de saúde suplementar visando à proteção dos direitos dos consumidores e à coexistência sustentável de planos de saúde individuais e de planos ou seguros coletivos de saúde.

Dessa forma, esperamos contar com o apoio dos nobres parlamentares a fim de ver aprovada a presente proposição.

Sala das Sessões, em 13 de fevereiro de 2019.

Geninho Zuliani
Deputado Federal - DEM/ SP

PROJETO DE LEI N.º 1.073, DE 2019

(Do Sr. José Medeiros)

Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (Lei de Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), para dispor sobre a ampliação da cobertura assistencial ao recém-nascido.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5143/2009.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos VIII e IX e parágrafos 6º e 7º:

"**Art. 12**. .....

.....

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

IX – 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 noventa dias do nascimento ou da adoção.

.....

§ 6º O disposto nos incisos VIII e IX deste artigo aplica-se nas hipóteses de o consumidor, ou seu dependente, no caso do inciso VIII deste artigo, ser pai ou mãe, ou responsável legal, e independe do tipo de segmentação contratada.

§ 7º A cobertura assistencial a ser prestada ao recém-nascido nos termos dos incisos VIII e IX deste artigo independe do cumprimento de quaisquer prazos de carência, ainda que o consumidor, ou seu dependente, no caso do inciso VIII deste artigo, não tenham cumprido os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames." (NR)

Art. 2º O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo 4º:

"**Art. 4º** .....

.....

§ 4º Na elaboração do rol a que se refere o inciso III deste artigo, deverá participar, obrigatoriamente, profissional médico com título de especialista em pediatria e certificado de área de atuação em neonatologia, devidamente registrado em Conselho Regional de Medicina, respeitada a condição de que não haja conflito de interesses que possa comprometer o exercício da função." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Art. 4º Fica revogado o inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, conhecida como o Marco Legal da Primeira Infância, estabelece um conjunto de políticas, planos, programas e serviços voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças.

Primeira infância é o nome dado ao período que abrange os primeiros seis anos completos ou setenta e dois meses de vida da criança. Essa fase é decisiva no desenvolvimento infantil e determinante na formação das habilidades que possibilitarão uma efetiva integração do indivíduo na sociedade.

A saúde é uma das áreas prioritárias para o estabelecimento de políticas públicas voltadas para a essa faixa etária. Por esse motivo, a Lei nº 13.257, de 2016, destinou vários de seus dispositivos para a normatização da matéria, inclusive mediante alterações efetuadas diretamente no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Todavia, a despeito desses inegáveis avanços, ainda persistem pontos que merecem ser aprimorados, como é o caso da saúde suplementar, cujo regramento não foi aperfeiçoado pelos princípios que nortearam a instituição do Marco Legal da Primeira Infância.

Prosseguindo nessa direção, o presente projeto de lei pretende suprir parte dessa lacuna legislativa, alterando a legislação dos planos de saúde, de forma a alinhá-la com as propostas do Marco Legal da Primeira Infância, notadamente no que se refere à assistência à saúde do recém-nascido, nos seguintes termos:

– esclarecer que o recém-nascido terá direito aos procedimentos cobertos pelos planos de saúde da mãe ou do pai, pois na legislação vigente somente consta "filho natural ou adotivo do consumidor", o que dá margem a interpretação restritiva por parte dos hospitais e operadoras de planos de saúde;

– excluir a necessidade de cobertura obstétrica para o usufruto do benefício mencionado. Isso porque, nos planos de saúde adquiridos por homens, é possível que tal cobertura não esteja incluída;

– estender o prazo de trinta para noventa dias em que será assegurada a inscrição do neonato como dependente do plano de saúde do pai ou da mãe, independente de período de carência. Assim, o neonato será incluído como dependente autorizado a usufruir dos benefícios do plano de saúde do pai ou da mãe independentemente de eles estarem cumprindo carências;

– incluir no grupo técnico que participa da revisão e atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde, elaborado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), profissional inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), especialista em neonatologia e desvinculado das operadoras de planos de saúde, para assegurar a cobertura de todos os exames e procedimentos necessários à adequada atenção à saúde do neonato.

Desse modo, consideramos que os avanços já proporcionados pelo Marco Legal

da Primeira Infância estarão sendo ampliados, avançando, cada vez mais, no sentido da proteção integral da criança.

Sala das Sessões, 22 de fevereiro de 2019.

Deputado JOSÉ MEDEIROS

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*

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 qüinquagésimo 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)*

.....

.....

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar ¿ ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º. Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º. A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.
Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;

f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.
A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera os arts. 6º, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal); acrescenta incisos ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; altera os arts. 1º, 3º, 4º e 5º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008; e acrescenta parágrafos ao art. 5º da Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.
Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança.
.....
.....

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.
Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.080, DE 2019

(Do Sr. Celso Sabino)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2066/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde, respeitada a segmentação contratada, a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"Art. 10-C Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, respeitada a segmentação contratada, o dever de custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente, nos termos de regulamento."

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua

publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A obesidade é uma doença crônica e, ao mesmo tempo, um fator de risco para diversas outras moléstias[36]. Em nosso País, há cada ano, cresce o número de pessoas obesas. A pesquisa Vigitel 2017 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)[37] indicou que 18,9% dos brasileiros se enquadram nos critérios que definem essa condição.

Um dos tratamentos possíveis para o combate à obesidade é a gastroplastia. Essa cirurgia, em geral, leva à redução rápida do volume corporal. Com isso, muitas vezes, os pacientes que a ela se submetem ficam com acúmulo de pele, o que pode ensejar várias complicações, como como candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, entre outras.

Pelas regras atuais da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os pacientes que tenham se submetido à gastroplastia e apresentem abdome em avental resultante de grande perda de peso, além de alguma das complicações mencionadas, têm direito à cobertura obrigatória da cirurgia de dermolipectomia[38], mediante indicação do médico assistente[39].

No entanto, se esses mesmos pacientes necessitarem de cirurgias reparadoras para a correção de outros problemas derivados da perda de peso, em razão das mesmas complicações, mas em segmentos do corpo diferentes do abdome, não terão direito à cobertura.

Visando a corrigir essa arbitrariedade, recentemente, a Terceira Turma do STJ decidiu que cirurgias plásticas reparadoras para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia devem ser custeadas pelos planos de saúde.

Na decisão, o Ministro Relator esclareceu que, apesar de a ANS ter incluído apenas a dermolipectomia no Rol de Procedimentos para o tratamento dos males pós-cirurgia bariátrica, os planos de saúde devem custear <u>todos</u> os procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora, para ocorrer a integralidade de ações na recuperação do paciente, em obediência ao artigo 35-F da Lei nº 9.656, de 1998[40].

A partir dessa decisão, pacientes que ingressarem na justiça poderão apresentar esse precedente judicial, para tentarem realizar as cirurgias necessárias para o restabelecimento da sua saúde às custas da operadora a que são vinculados. No entanto, acreditamos que é preciso que essa garantia seja elevada ao “status” legal, para que não seja mais passível de questionamento.

Se conseguirmos converter este PL em Lei, asseguraremos mais direitos aos brasileiros beneficiários de planos de saúde. Por isso, pedimos apoio para a

[36] http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf

[37] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf

[38] http://www.ans.gov.br/images/stories/parecer_tecnico/uploads/parecer_tecnico/_parecer_2016_11.pdf

[39]http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/2018/AnexoII_DUT_Rol-2018.pdf

[40]https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=91337141&num_registro=201800574856&data=20190212&tipo=91&formato=PDF

aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 25 de fevereiro de 2019.

Deputado **CELSO SABINO**
PSDB

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração

quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela*

Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 1.705, DE 2019

(Da Sra. Erika Kokay)

Acrescenta parágrafo ao art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar a autonomia profissional do psicólogo.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7389/2002.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta parágrafo ao art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar a autonomia profissional do psicólogo.

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

"Art.12.....

§ 6º Para efeitos de consulta e sessão com psicólogo e sessão de psicoterapia com psicólogo, dispensa-se a obrigatoriedade de encaminhamento como condição de atendimento psicológico, garantindo a autonomia do usuário e do profissional psicólogo.” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Em meados do século passado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) esclareceu que saúde não consiste, apenas, na ausência de doença ou enfermidade. Mais do que isso, é um estado completo de bem-estar físico, mental e social[1]. Para alcançá-la, é fundamental ir muito além da lógica medicalizante[2]. É necessário franquear aos indivíduos a possibilidade de buscar, espontânea e livremente, respostas às suas necessidades, com o profissional mais habilitado a lhe propiciar orientações e cuidados acerca dos aspectos angustiantes da vida, que implicam em sofrimento, e ultrapassam o nível físico/fisiológico: o psicólogo.

Atualmente, no âmbito da Saúde Suplementar, já existe previsão para a realização de consultas e sessões com psicólogos para beneficiários que tenham o plano-referência ou o ambulatorial (isolada ou cumulativamente com outras segmentações)[3]. No entanto, para fazer jus a essas consultas, os consumidores não apenas têm de se enquadrar em circunstâncias específicas previstas nas diretrizes de utilização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde[4] como também têm de ser encaminhados a esses profissionais por um médico assistente.[5]

Neste Projeto, visamos romper essa regra, que é produto de um modelo de atenção ultrapassado, cujo foco não é a integralidade da saúde do indivíduo. Almejamos modificar o sistema, para permitir que o beneficiário de planos de saúde que sinta necessidade de obter prestação de diversos serviços psicológicos possa consegui-lo, sem necessidade de encaminhamento médico. Com isso, objetivamos reforçar a autonomia do paciente, favorecendo o acesso dos usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde aos serviços psicológicos previstos, de forma a valorizar a abordagem integral da saúde dos milhões de brasileiros que são consumidores da Saúde Suplementar.

Quanto ao profissional psicólogo, compreendemos que exigências desta natureza podem comprometer sua autonomia e legitimidade, sobretudo no que concerne à formulação de diagnóstico e a respectiva prescrição terapêutica, no âmbito de sua atuação profissional. Ademais, a subordinação do trabalho dos profissionais de Psicologia ao médico assistente ocasiona, na realidade, maior dispêndio financeiro aos planos de saúde, tardando e dificultando o acesso dos usuários ao tratamento adequado.

Atentamos, ainda, para os possíveis prejuízos implicados às (aos) usuários dos serviços, vez que tal exigência, também condicionada ao critério adotado pelas operadoras, pode dificultar o acesso aos atendimentos espontaneamente

demandados pelos beneficiários, inviabilizando, por vezes, a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

É oportuno ressaltar o estabelecido na Lei 4.119/1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo, no Capítulo II, Art. 13, § 1º: “Constitui função privada do Psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico”. Cabe também mencionar a Lei 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, no Art. 4º, § 7º: “O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, **psicólogo**, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia”.

Nessa senda, o Ministério Público de Caxias do Sul (RS), em conjunto com Promotorias de Defesa da Saúde Pública questionam do ponto de vista legal, itens como a necessidade de solicitação de médico para o atendimento com psicólogos e para psicoterapia. Tal exigência revela ilegítima e inconstitucional hierarquização da atuação dos profissionais da saúde, e vem sendo questionado justamente por ferir a autonomia das profissões.

Quanto à relevância dos serviços prestados pelos psicólogos frente aos diversos tipos de sofrimento impingidos à população, alguns dados merecem ser conhecidos. Segundo dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos EUA, o número de pessoas com transtornos mentais está crescendo, especialmente, pelo aumento de pessoas em situação vulnerável, ocasionada por crise financeira, desemprego, instabilidade habitacional e relacionamento familiar. O item 03 (três) dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) recomenda assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. A meta Brasil, até 2030, é reduzir em um terço a mortalidade prematura, promover a saúde mental e prevenir o suicídio.

De acordo com os dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referentes a 2015, a depressão cresce no mundo e o Brasil tem a maior taxa de prevalência da América Latina. A doença afeta 4,4% da população mundial (322 milhões) e 5,8% dos brasileiros (11,5 milhões). O Brasil é o país recordista em ansiedade no mundo, com 9,3% de pessoas atingidas (18,6 milhões). Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%.

Ainda conforme a OMS, em 2015, 800 mil pessoas morreram por suicídio no mundo. No Brasil, em um ano, 11 mil pessoas tiraram a própria vida. São 30 suicídios por dia, sendo que 90% dos fatores de risco ao suicídio são relacionados aos transtornos mentais. A depressão é a principal doença da adolescência. Muitos jovens ficam sem diagnóstico, pois os sinais se parecem com problemas típicos da idade, entretanto o suicídio foi a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Um dos principais motivos é a falta de acesso a serviços especializados para o

tratamento adequado aos transtornos mentais.

Nesse sentido, o profissional de Psicologia possui plena competência para utilizar métodos e técnicas para diagnosticar e prescrever o tratamento psicológico. Por tal, configura-se como dispensável a procura prévia de um médico, por parte do paciente, para a prescrição do tratamento, em razão do psicólogo pertencer a uma profissão autônoma da área da saúde.

Para alcançar esses resultados, pedimos apoio dos nobres parlamentares na aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 26 de março de 2019.

Deputada **ERIKA KOKAY**

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

LEI Nº 4.119, DE 27 DE AGOSTO DE 1962

Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....

CAPÍTULO III
DOS DIREITOS CONFERIDOS AOS DIPLOMADOS

.....
Art. 13. Ao portador do diploma de Psicólogo é conferido o direito de ensinar Psicologia nos vários cursos de que trata esta Lei, observadas as exigências legais específicas, e a exercer a profissão de Psicólogo.
§ 1º Constitui função privativa do Psicólogo e utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: *(Expressão "privativa" vetada pelo Presidente da República e mantida pelo Congresso Nacional, em 17/12/1962)*
a) diagnóstico psicológico;
b) orientação e seleção profissional;
c) orientação psicopedagógica;

d) solução de problemas de ajustamento.
§ 2º É da competência do Psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências.
Art. 14. (VETADO)
.....
.....

LEI Nº 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º O exercício da Medicina é regido pelas disposições desta Lei.
Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.
Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:
I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;
II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;
III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.
Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.
Art. 4º São atividades privativas do médico:
I - (VETADO);
II - indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios;
III - indicação da execução e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias;
IV - intubação traqueal;
V - coordenação da estratégia ventilatória inicial para a ventilação mecânica invasiva, bem como das mudanças necessárias diante das intercorrências clínicas, e do programa de interrupção da ventilação mecânica invasiva, incluindo a desintubação traqueal;
VI - execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral;
VII - emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos;
VIII - (VETADO);
IX - (VETADO);
X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;
XI - indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde;
XII - realização de perícia médica e exames médico-legais, excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular;
XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
XIV - atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.
§ 1º Diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios:
I - agente etiológico reconhecido;
II - grupo identificável de sinais ou sintomas;
III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

§ 2º (VETADO).
§ 3º As doenças, para os efeitos desta Lei, encontram-se referenciadas na versão atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
§ 4º Procedimentos invasivos, para os efeitos desta Lei, são os caracterizados por quaisquer das seguintes situações:
I - (VETADO);
II - (VETADO);
III - invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos.
§ 5º Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico:
I - (VETADO);
II - (VETADO);
III - aspiração nasofaringeana ou orotraqueal;
IV - (VETADO);
V - realização de curativo com desbridamento até o limite do tecido subcutâneo, sem a necessidade de tratamento cirúrgico;
VI - atendimento à pessoa sob risco de morte iminente;
VII - realização de exames citopatológicos e seus respectivos laudos;
VIII - coleta de material biológico para realização de análises clínico-laboratoriais;
IX - procedimentos realizados através de orifícios naturais em estruturas anatômicas visando à recuperação físico-funcional e não comprometendo a estrutura celular e tecidual.
§ 6º O disposto neste artigo não se aplica ao exercício da Odontologia, no âmbito de sua área de atuação.
§ 7º O disposto neste artigo será aplicado de forma que sejam resguardadas as competências próprias das profissões de assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional e técnico e tecnólogo de radiologia.
Art. 5º São privativos de médico:
I - (VETADO);
II - perícia e auditoria médicas; coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico;
III - ensino de disciplinas especificamente médicas;
IV - coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.
Parágrafo único. A direção administrativa de serviços de saúde não constitui função privativa de médico.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.320, DE 2019

(Do Sr. Célio Studart)

Prevê multa às operadoras de planos de saúde que discriminarem idosos na cobrança de valores em razão da idade

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5113/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acrescenta o §3º-A ao art. 15 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, da seguinte forma:

“Art. 15.....

.....

§3º-A. As operadoras de planos de saúde que desrespeitarem o disposto no §3º estarão sujeitas à multa de 50 (cinquenta) a 500 (quinhentos) salários mínimos por ato irregular, a critério justificado da autoridade competente, dobrando-se a quantia em caso de reincidência”

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

JUSTIFICAÇÃO

O artigo 230 da Constituição Federal assevera que compete à família, sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas.

Registre-se que em 2003, entrou em vigor o Estatuto do Idoso, aqui em análise.

Contudo, na atual legislação, não há a previsão legal de multa para operadoras de planos de saúde que discriminarem idosos na cobrança dos valores em razão da idade.

Neste contexto, surge a presente proposta legislativa, zelando por mais respeito aos direitos dos idosos.

Ante a relevância temática, requer-se a aprovação pelos Nobres Pares deste Projeto de Lei em análise.

Sala das Sessões, 16 de abril de 2019.

Dep. Célio Studart
PV/CE

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça

como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO VII
DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DO JOVEM E DO IDOSO
(Denominação do capítulo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

.....

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

CAPÍTULO VIII
DOS ÍNDIOS

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, *ad referendum* do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

§ 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º.

.....

.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:
I - cadastramento da população idosa em base territorial;
II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento:
I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou
II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.466, de 12/7/2017)*
Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.379, DE 2019

(Do Sr. Severino Pessoa)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para limitar os períodos de carência de planos de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1942/2007.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei limita a 90 (noventa) dias os períodos de carência de planos de assistência à saúde.

Art. 2º O inciso III do art. 16 da Lei nº 9.656, de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 16. .....

.....

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames, que, em nenhuma hipótese, poderão ser superiores a 90 (noventa) dias.

....."(NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Ano após ano, embora as operadoras de planos de saúde apresentem resultados financeiros cada vez mais expressivos, aumenta a insatisfação da população com os serviços por elas prestados.

Um dos principais pontos de inconformidade com o setor está relacionado à carência dos planos de assistência à saúde. Mensalidades muitas vezes altíssimas são cobradas dos consumidores sem que, por longos períodos, eles possam fazer uso da cobertura proporcionada pelo plano contratado.

Entendemos que limitar temporalmente os períodos de carência dos planos de assistência à saúde é uma medida de justiça, que operará em benefício dos

consumidores.

Por isso, contamos com o apoio de nossos Pares para debater e aprovar esta proposição.

Sala das Sessões, em 17 de abril de 2019.

Deputado SEVERINO PESSOA

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)*

§ 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)*

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.485, DE 2019

(Do Sr. Acácio Favacho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a suspensão ou rescisão unilateral de contratos nas hipóteses que menciona.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a suspensão ou rescisão unilateral de contrato individual de Plano Privado de Assistência à Saúde ou contratos de produtos de que trata o § 1º do art. 1º da referida Lei, por prazo não consecutivo e quando o segurado comprovar manutenção de vínculo empregatício, mas que, por responsabilidade de empresa, órgão ou entidade, não esteja percebendo remuneração integral devida ou no dia originalmente programado.

Art. 2º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 13. .....

§ 1º. ..... (NR)

.....

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (NR)

.....

§ 2º A vedação à suspensão unilateral do contrato prevista no inciso II do § 1º do **caput** também se aplica aos casos em que o segurado comprove manutenção de vínculo empregatício, mas que, por responsabilidade de empresa, órgão ou entidade, não esteja percebendo remuneração integral devida ou no dia originalmente programado. (NR)

§ 3º Na hipótese do § 2º do **caput**, a rescisão unilateral somente poderá ser aplicada na hipótese de não-pagamento da mensalidade por prazo superior a noventa dias consecutivos, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o octogésimo dia de inadimplência. (NR)

Art. 3º O art. 30 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

Art. 30. .....

.....

§ 7º Se a rescisão unilateral ocorrer nos termos do § 3º do art. 13 em relação ao consumidor que contribua em decorrência de vínculo empregatício, em caso de nova adesão ao mesmo produto, não poderá ser reiniciada a contagem de carências. (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Atualmente, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, trata, por exceção, das hipóteses de

suspensão ou rescisão unilateral dos produtos contratados individualmente (**planos de saúde individuais ou familiares**), em caso de fraude, que é um caso à parte, e, no que interessa a este PL, para os casos em que não haja pagamento da mensalidade por prazo superior a sessenta dias **consecutivos OU NÃO**, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que haja notificação prévia até o 50º dia de inadimplência, mas nunca na vigência de internação.

Em caso à parte, e ao amparo da Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 195, de 2009, tem-se que, hoje, os planos coletivos (empresariais ou por adesão), podem ser rescindidos ou ter sua cobertura suspensa em caso de inadimplemento, desde que as condições para tal constem do contrato celebrado, e que haja notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias.

A presente proposição visa a trazer a discussão para esta Casa sobre a possibilidade de os planos de saúde suspenderem ou rescindirem unilateralmente os contratos no contexto do atual cenário dos servidores e empregados públicos, e trabalhadores das mais diversas áreas que, infelizmente, sentem, de imediato, a grave crise que passam vários Estados e municípios do nosso País.

Todos os dias há notícias de servidores e empregados com salários atrasados; parcelados; demissões em massa, a partir de decisões de fechamento de grandes empresas, tendo como exemplo recente, o fechamento da fábrica da Ford no Brasil; contratos em inadimplência ou sendo rescindidos após denúncias de vícios ou até mesmo de corrupções; empregados em vias de serem dispensados, a partir de decisões das próprias empresas de suspenderem ou encerrarem suas atividades em determinados munícipios que sobrevivem, quase exclusivamente, da geração de empregos destas

Nobres pares, discussões nas legislaturas anteriores pareciam olhar quase exclusivamente para possíveis desequilíbrios nestas relações contratuais, mas identificamos que sempre em favor das operadoras.

Foram analisadas várias proposições que tentavam discutir se, por exemplo, era correto que determinado contratante de plano de saúde, ao atrasar o pagamento durante seis meses, por dez dias, deveriam mesmo estar sujeito, por Lei, à rescisão unilateral pela contratada.

Vejamos: neste caso específico há duas penalizações ao contratante, pois se o pagamento de mensalidade em atraso já é acrescido de correção e multa (penalização 1), podem as operadoras de planos de saúde, ainda assim, já recebendo os valores atualizados, rescindir ou suspender unilateralmente o contrato (penalização 2)? É isso que essa Casa quer como regra?

Qual o real prejuízo para as operadoras quando os pagamentos são feitos com atraso, dentro de um período determinado, com multa e correções? Julga-se que os contratantes optam livremente por serem considerados inadimplentes e pagar muito mais caro em razão disso?

Os planos de saúde foram apontados como o terceiro maior desejo dos brasileiros, perdendo apenas para os itens educação e casa própria. Esta é uma das conclusões de uma pesquisa realizada recentemente pelo Ibope Inteligência, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde

Suplementar (IESS).[41]

Como dito, um dos pontos deste Projeto é justamente trazer tal discussão para a realidade que temos em nosso País hoje, e a primeira alteração legislativa é que a rescisão ou a suspensão possam ocorrer apenas quando o não pagamento ocorrer por **determinado lapso temporal CONSECUTIVO**.

O consultor financeiro Philip Souza, da Criterion Finanças Pessoais, explica que a escolha de continuar no plano de saúde privado dependerá das prioridades eleitas por cada família. Há quem prefira, por exemplo, cortar a escola particular das crianças para manter o convênio particular.[42]

Nessa discussão, temos que ter em conta que nossa Constituição prevê que a "**saúde é direito de todos e dever do Estado"**, mas temos claro que hoje somente o sistema público de saúde não tem sido capaz de atender às necessidades em cada um dos mais de cinco mil e quinhentos municípios brasileiros distribuídos nos 26 Estados e no Distrito Federal.

Precisamos, em termos de Poder Legislativo federal, assegurar que políticas públicas resultem, de fato, em melhorias do sistema público de saúde, cuja execução é exclusiva do Poder Executivo. Mas, enquanto caminhamos para isso, precisamos também recorrer à soluções que sejam razoáveis à todos, e não penalizar ainda mais o nosso povo ante um nicho de mercado que exerça força desproporcional nesta relação.

Com tais considerações, temos evidenciado que, por um lado, o Estado não tem proporcionado de forma ideal o atendimento às demandas de saúde, e, por outro, tem reduzido a capacidade de que nosso povo busque soluções alternativas para seu bem mais precioso, que é a sua vida e a de seus familiares.

Temos que considerar que nesse processo há diversos fatores incontroláveis, mas há os controláveis que precisamos trabalhar nessa Casa.

Neste ponto, refiro-me ao que disse inicialmente em relação às situações de salários atrasados, parcelados e grandes demissões, ou seja, voltando-se para a previsão constitucional sobre garantir a saúde mediante políticas, inclusive econômicas (é o trecho do art. 196 da Constituição).

Assim, a segunda parte do Projeto pretende resguardar a manutenção dos planos de saúde para os **casos em que há salários atrasados ou parcelados**, como sabemos que, além de uma realidade, tem sido cada vez mais corriqueiro. Infelizmente!

Nesse sentido, a proposição dispõe que, **comprovado que há manutenção de vínculo empregatício, mas que, por responsabilidade de empresa, órgão ou entidade, o contratante não esteja percebendo remuneração integral devida ou no dia originalmente programado**, aplica-se, inicialmente, a vedação à suspensão unilateral.

Neste caso, a rescisão unilateral somente poderá ocorrer "*na hipótese de **não-pagamento da mensalidade por prazo superior a NOVENTA dias consecutivos**, nos últimos doze meses de*

[41] https://www.unimed.coop.br/web/extremooeste/informativo/brasileiros-apontam-plano-de-saude-como-uma-prioridade-de-vida
[42] https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/foi-demitido-veja-dicas-para-manter-o-plano-de-saude/

vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o octogésimo dia de inadimplência".

Ou seja, também exclusivamente neste cenário exposto, para que o não pagamento seja causa de rescisão unilateral, este deverá ser por prazo consecutivo, mas, por prazo superior ao atual de 60 dias, passando-se para 90 dias, devendo, por conseguinte, a notificação da contratada ocorrer até 80 dias de inadimplência.

A última alteração legislativa deste projeto refere-se aos planos de saúde em que os **consumidores contribuam para planos de saúde em razão do vínculo empregatício**, assegurando-se a estes que, após rescisão unilateral, ou seja, se comprovado que o não pagamento ocorreu em razão de situação que escapou ao seu controle por período superior a noventa dias, e este pretenda nova adesão ao mesmo produto, **não deverá ser reiniciada a contagem de carências**.

Ressalte-se que não se pretende desconsiderar que as operadoras de planos de saúde devem preservar equilíbrio econômico-financeiro ou impor que estas suportem ônus demasiado capaz de inviabilizar suas atividades, mas sim, equilibrar a realidade do nosso País para uma parcela específica que, além de se verem literalmente impedidos de adimplir suas obrigações em dias, por razões que lhes escapam ao controle, são duplamente penalizados por força de Lei elaborada nesta Casa.

Por fim, antecipando-me às análises pelas quais as proposições nesta Casa devam passar, tenho certo que presente projeto não viola regras ou princípios da Constituição Federal, pelo contrário, os reforça, inovando no ordenamento jurídico, razão porque há constitucionalidade e juridicidade, sendo claro que não tem implicações orçamentárias e financeiras (art. 54 do RICD).

Brasília, 24 de abril de 2019.

Deputado **Acácio Favacho**
PROS/AP

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na

harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÃO GERAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar -

ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do

contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo 30. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN 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 I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação 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.
Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:
I - individual ou familiar;
II - coletivo empresarial; ou
III - coletivo por adesão.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.611, DE 2019

(Do Sr. Felipe Carreras)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para obrigar as empresas de planos de saúde a oferecer e comercializar planos de saúde individuais aos consumidores e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2295/2015.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

“Art. 1º O art. 8º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa

a vigorar acrescido do incisos VIII, com a seguinte redação:

‘Art. 8º .....

.....

VIII – comercializar plano individual ou familiar de assistência à saúde:

no mínimo 25% dos produtos ofertados pela operadora deverão ser na modalidade individual ou familiar;

do formulário de adesão ao plano individual deverá constar valores individualizados sobre as contraprestações pecuniárias do disciplinado nos incisos I, II, III e IV do artigo 12.

.....’ ” (NR)

Art. 2º O parágrafo único do art. 13 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 13 .....

.....

Parágrafo Único. Os produtos de que trata o caput terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

..... ” (NR)

Art. 3º Renumera-se o parágrafo único para § 1º do art. 16 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e inclui o §2º com a seguinte redação:

“Art. 16 .....

.....

§ 1º .....

§2º Poderá o usuário sempre que solicitar, contratar ou migrar seu contrato para a cobertura de uma ou mais de uma das modalidades previstas nos incisos I, II, III e IV do artigo 12 respeitando a tabela de valores disciplinadas na alínea “b” do inciso VIII do artigo 8º.” (NR)

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art 5º As operadoras de plano de saúde terão 12 meses da data de publicação desta lei para se adequarem ao disposto na alínea “a” do inciso VIII do artigo 8º

JUSTIFICATIVA

O mercado de planos de saúde presta serviços para 47,2 milhões de beneficiários, o que representa cerca de 24,5% da população brasileira, segundo dados da ANS[43]. Desses 47,2 milhões, 80% é composto de planos de saúde coletivos e a tendência é que essa modalidade cresça ainda mais.

No mercado de planos de saúde, é forte a pressão em favor dos planos coletivos. Para as grandes operadoras não há mais a opção do contrato individual e, entre aquelas em que ainda é possível encontrar planos individuais, os preços iniciais são muito elevados e até proibitivos em comparação aos planos coletivos. Pesquisa realizada pelo Idec em 2015 constatou que apenas metade das opções listadas no site da ANS é realmente vendida pelas operadoras dos planos de saúde[44].

Frente a ausência de planos de saúde individuais, ocorre o fenômeno da falsa coletivização, ou seja, da contratação de planos de saúde coletivos em situações em que estes não são elegíveis, ou seja, situações em que não há relação associativa ou empregatícia verdadeira.

Uma investigação iniciada pelo Ministério Público Federal em 2017[45] verificou que corretores de planos de saúde estavam propondo a consumidores que queriam planos individuais a criação de personalidade jurídica com a finalidade de contratar planos coletivos. Em alguns casos, os próprios corretores criavam uma Microempresa

[43] Dados de setembro de 2016 da “Sala de Situação” da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acessado em: 17 de janeiro de 2019.
[44] https://idec.org.br/o-idec/sala-de-imprensa/release/pesquisa-do-idec-mostra-que-so-metade-dos-planos-individuais-familiares-indicados-pela-ans-so-realmente-vendidos
[45] https://exame.abril.com.br/negocios/mpf-investiga-fraude-bilionaria-em-planos-de-saude/

Individual (MEI) para oferecer tais planos.

Não bastasse o risco de envolvimento em uma fraude, planos falsos coletivos deixam o consumidor em situação de maior vulnerabilidade. Grupos pequenos, como são característicos os da falsa coletivização, não tem qualquer poder de barganha junto às operadoras, podendo sofrer discriminação na contratação (pela presença de algum candidato portador de doença ou lesão), reajuste elevados ou ainda ter o contrato rescindido sem motivo após os 12 primeiros meses.

O que explica essa preferência pelos planos coletivos é que empresas de planos de saúde se utilizam de uma artimanha para se negarem a oferecer planos de saúde individuais, obrigando os consumidores a adquirir planos coletivos que não contam com garantias importantes aos consumidores.

Os planos de saúde individuais contam com duas proteções fundamentais ao consumidor, que não existem nos planos coletivos. Nos planos individuais, o reajuste dos planos é autorizado anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não podendo as operadoras aplicar aumentos superiores aos autorizados pela ANS. Além disso, também nos planos individuais, não podem as empresas rescindir unilateralmente os contratos com os consumidores.

Mediante esta manobra que as empresas de planos de saúde adotam cabe a este parlamento sanar esta debilidade da legislação para que o consumidor não continue sendo prejudicado com reajuste sem uma apropriada revisão estatal.

Propomos, primeiramente, alteração no artigo 8º na lei dos planos de saúde para que as operadoras sejam obrigadas a comercializar os planos individuais e familiares, ampliando sua oferta para que pelo menos 25% dos planos de saúde disponibilizados, por operadora, no mercado, sejam individuais.

Outra alteração necessária se refere ao art. 13 da lei 9656/98. Nos contratos coletivos, a Agência não atua em situações de reajustes de preço e cancelamentos de contrato. Por conta disso, há rescisão unilateral de contratos, de uma hora para outra; a imposição de aumentos não previstos claramente em contrato; e a ocorrência de reajustes por sinistralidade. Tudo isso, sem qualquer justificativa ou acompanhamento da ANS.

O argumento da Agência para não intervir na rescisão unilateral de contratos coletivos é embasado no fato de a Lei 9.656/98 proibir textualmente a ruptura dos contratos individuais, mas não fazer qualquer menção aos coletivos.

Assim, apontamos ser necessária a supressão da expressão “contratada individualmente” para que as garantias de reajuste nos planos coletivos sejam controlados pela ANS e a proibição de rescisão unilateral não justificada.

Por fim, incluímos o parágrafo segundo ao artigo 16 para que o beneficiário possa determinar qual tipo de cobertura interessa a ele, ou combinação das quatro modalidades disciplina na lei (ambulatorial, internação hospitalar, atendimento obstétrico e odontológico).

Conforme se verifica dos dados da ANS, 87,12% dos planos contratados são de cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, 7,43% são de planos referência, 4,19% são ambulatoriais, e apenas 0,99% são hospitalares[46].

Entendemos ser de suma importância o consumidor poder definir como será composta a sua cobertura, o que hoje não é possível dada a escassez de planos fora das coberturas amplas tradicionais. e não ser obrigado a pagar a mais por isso.

Conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, 6 de maio de 2019.

Deputado Felipe Carreras
PSB/PE

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. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e

[46] http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor

oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas

alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
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)

§ 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)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 2.640, DE 2019

(Do Sr. Amaro Neto)

Altera as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990; 8.069, de 13 de julho de 1990; 10.741, de 1º de outubro de 2003 e 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar o fornecimento de alimentação a acompanhantes de parturientes, crianças e adolescentes e idosos internados em unidades de saúde públicas e privadas.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-6125/2005.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei altera as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”; 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências”; 10.741, de 1º de outubro de 2003, que “dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências” e 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” para determinar o fornecimento.de alimentação para acompanhantes de parturientes, crianças e adolescentes e idosos internados em unidades de saúde públicas e privadas.

Art. 2º. O *caput* do art. 19-J da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e a fornecer-lhe alimentação.

.....” (NR)

Art. 3º. O art. 12 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” passa a vigorar com a seguinte redação:.

“Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar alimentação e condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. ” (NR)

Art. 4º. O *caput* do art. 16 da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde fornecer-lhe alimentação e proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

.....” (NR)

Art. 5º. A alínea f) do inciso II do art. 12 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12.....

.....

II - .....

f) cobertura de despesas e alimentação de acompanhante de parturientes, crianças e adolescentes e idosos;

.....” (NR)

Art. 6º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação

oficial.

JUSTIFICAÇÃO

Apesar de a importância da humanização no atendimento a pessoas internadas em unidades de saúde ser um consenso, são constantes as controvérsias sobre o dever de oferecer alimentação aos acompanhantes, elementos-chave da proposta. São levantados diferentes argumentos financeiros, sem se considerar os enormes benefícios que ele pode trazer para acelerar a cura do paciente.

Em primeiro lugar, a melhora do quadro psíquico pelo apoio constante é estímulo poderoso. Por outro lado, a pessoa atenta e orientada pela equipe de saúde pode se tornar importante ator do projeto terapêutico do doente, auxiliando o tratamento e a reabilitação de seu ente querido. O acompanhante deve ser considerado um colaborador em potencial e não um intruso no processo de cura. Nada mais justo do que, uma vez que permanece junto ao enfermo, possa receber alimentação.

Os benefícios de ter uma pessoa próxima em momentos delicados, em que a saúde está em risco e o sofrimento e a apreensão são constantes, foram largamente confirmados por estudos das mais diversas naturezas. Assim, pretendemos estabelecer em definitivo o direito dos acompanhantes já admitidos pela legislação vigente a receberem alimentação. As situações em que o acompanhamento é expressamente previsto se referem a idosos, parturientes, crianças e adolescentes. Apresentamos, assim, alterações às leis que tratam das pessoas internadas em unidades de saúde, bem como, no mesmo sentido, a legislação que abrange planos e seguros privados de saúde.

Temos a convicção de que os benefícios superarão fartamente os custos da medida proposta. Sendo assim, pedimos a importante colaboração dos nobres Pares para a incorporação da iniciativa ao nosso arcabouço legal.

Sala das Sessões, em 7 de maio de 2019.

Deputado AMARO NETO

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 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas

de direito Público ou privado.

.....

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

CAPÍTULO V
DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.
§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domícilio.
§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. *(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002)*

CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO
(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *("Caput" do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*
§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*
§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*
§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013)*
Art. 19-L *(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005)*

CAPÍTULO VIII
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE
(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:
I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;
II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:
I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;
II - (VETADO);
III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;
IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.
§ 2º (VETADO). *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 19-S. *(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:
I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I
DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
.....
.....

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL
.....
TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE
.....

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.010, de 26/6/2014)*

§ 1º As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009 transformado em § 1º e com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*

§ 2º Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*

.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

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

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I - cadastramento da população idosa em base territorial;

II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes

do agravo da saúde.
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento:
I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou
II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.466, de 12/7/2017)*
Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.
Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.
Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:
I - pelo curador, quando o idoso for interditado;
II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.
.....
.....

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.698, DE 2019

(Do Sr. Valtenir Pereira)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o reembolso de despesas efetuadas no exterior de beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o reembolso de despesas efetuadas no exterior de beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

Art. 2º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte §5º:

"Art. 10 .....

.....

.....

§ 5º Não se aplica o disposto no *caput* acerca dos tratamentos realizados exclusivamente no Brasil aos beneficiários cujos contratos previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, que também terão direito ao reembolso das despesas realizadas no exterior, se os serviços ou procedimentos que originaram as despesas estiverem contemplados na cobertura mínima prevista pela a ANS para a sua respectiva segmentação, independentemente de previsão contratual nesse sentido." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Recentemente, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que, de acordo com a Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos de saúde não têm obrigação de arcar com os custos dos exames realizados fora do Brasil[47]. A partir dessa decisão, refletimos sobre o assunto e percebemos que, de fato, é preciso modificar a Lei de Planos de Saúde para corrigir essa situação.

Hoje, a legislação permite que os planos de saúde ofereçam tanto uma rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, para atendimento dos beneficiários, quanto a possibilidade de reembolso de despesas realizadas em prestadores de sua livre escolha. Tudo isso é explicitado no contrato firmado com o consumidor.

Quando é feita a opção pela livre escolha de prestadores, o reembolso é efetuado nos limites das regras contratuais. Assim, o contrato pode determinar que o reembolso seja integral, de modo que o beneficiário receba o valor total que pagou pelo serviço ou procedimento, ou pode estabelecer uma tabela de reembolso, na qual constará um valor pré-estabelecido para cada situação.

No caso desses contratos que preveem o reembolso, em regra, existe o limite de realização dos procedimentos no País, uma vez que o padrão estabelecido na Lei nº 9.656, de 1998, é de tratamento efetivado exclusivamente no Brasil. Consideramos, no entanto, que esta norma deveria ser modificada, para garantir que todo beneficiário cujo contrato previr o reembolso das despesas também tenha direito ao reembolso das despesas realizadas no exterior, se os serviços ou procedimentos que originaram as despesas estiverem contemplados na cobertura mínima prevista pela ANS para a sua respectiva segmentação.

Não estamos propondo nada excepcional. Não queremos que a operadora custeie um tratamento ilícito, antiético ou não reconhecido pelas autoridades competentes. O procedimento, para ser pago, terá de ser contemplado no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS. Por isso, já terá passado por toda as avaliações de custo-benefício, eficácia e segurança. A única inovação é que, se aprovado este PL, onde quer que o beneficiário esteja, ele não estará desamparado.

É preciso destacar que esse tipo de reembolso tampouco representará um impacto imprevisto pelas operadoras, pois o contrato já prevê que o consumidor terá direito à restituição das despesas efetuada e qual a forma de compensação (integral ou por tabela pré-fixada).

Diante de todo o exposto, em defesa dos beneficiários de planos de saúde, solicitamos apoio dos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 08 de maio de 2019.

Deputado VALTENIR PEREIRA

[47] http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/Plano-de-sa%C3%BAde-n%C3%A3o-tem-obriga%C3%A7%C3%A3o-de-arcar-com-exame-realizado-fora-do-Brasil

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.748, DE 2019

(Da Sra. Edna Henrique)

Dispõe sobre o atendimento a pessoas em situações de emergência.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre o atendimento a pessoas em situações de emergência.

Art. 2º Nenhum estabelecimento de saúde em território nacional poderá negar atendimento a pessoas em casos de emergência

§ 1º Define-se emergência para fins desta lei a situação decorrente de agravo a saúde em que há risco iminente de morte ou risco iminente de haver lesão corporal considerada por lei de natureza gravíssima, conforme a legislação penal.

§ 2º Estará descaracterizada a situação de emergência, após afastados os riscos iminentes de morte ou de haver lesão corporal considerada de natureza gravíssima.

§ 3º A inexistência de vagas de retaguarda para posterior internação do paciente não justifica a recusa de atendimento inicial em casos de emergência.

Art. 3º As Centrais de Regulação das Urgências, do Sistema Único de Saúde, poderão direcionar pacientes em situação de emergência para todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, conforme a respectiva capacidade técnica de atendimento, independentemente da existência de leitos vagos para posterior internação de pacientes.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de que trata o caput, deverão informar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sua capacidade para atendimento a emergências.

Art. 4º Depois de descaracterizada a situação de emergência, o paciente poderá ser transferido para outro estabelecimento de saúde apto a dar continuidade ao tratamento.

§ 1º A possibilidade de remoção deve ser atestada por médico legalmente habilitado.

§ 2º A remoção deve ser feita em viatura apropriada de acordo com a gravidade do quadro clínico, visando garantir a integridade à saúde do paciente durante todo o percurso, conforme as boas práticas para transporte de pacientes.

§ 3º Nos casos em que o paciente foi levado ao estabelecimento de saúde por determinação de uma Central de Regulação das Urgências do Sistema Único de Saúde, a transferência é responsabilidade do Sistema Único de Saúde, e deve ocorrer em no máximo 12 horas após a Central de Regulação das Urgências ser notificada.

§ 4º Nos casos em que o paciente não foi levado ao estabelecimento de saúde por determinação de uma Central de Regulação das Urgências do Sistema Único de Saúde, a remoção deve ser realizada pelo estabelecimento de saúde, após solicitar uma vaga à central de regulação, que em no máximo 24 horas deve indicar um hospital para transferência do paciente.

Art. 5º Serão ressarcidos o tratamento realizado durante a situação de emergência, se os procedimentos realizados seguirem os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, conforme a tabela do SUS, salvo pactuação diversa com o gestor do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Serão ressarcidos, pelo custo de aquisição, mediante comprovação dos gastos, os produtos e serviços relacionados a:

a) procedimentos não previstos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, mas comprovadamente indispensáveis para afastar o risco de morte ou de lesão corporal de natureza gravíssima;

b) procedimentos comprovadamente indispensáveis para afastar o risco de morte ou de lesão corporal de natureza gravíssima, previstos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, mas cujos custos para o estabelecimento sejam superiores ao valor da tabela do SUS.

§ 2º Serão ressarcidos, pelo valor de mercado na região, os procedimentos:

a) realizados após o prazo para realizar a transferência nos casos em que foi levado ao estabelecimento de saúde por determinação da central de regulação, o pagamento do tratamento será o valor de mercado na região;

b) realizados após o prazo para a central de regulação do Sistema Único de Saúde indicar o hospital para transferência, nos casos em que o paciente foi não levado ao estabelecimento de saúde por determinação da central de regulação.

Art. 6º Nos casos de grandes desastres, naturais ou humanos, em que o número de vítimas em situação de emergência exceder a capacidade de atendimento do SUS local, os prazos para o gestor realizar a transferência ou indicar vaga serão

triplicados, e os custos serão partilhados entre União, Estado e Municípios.

Art. 7º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos as situações decorrentes de agravos a saúde em que há risco iminente de morte ou risco iminente de haver lesão considerada gravíssima, caracterizado em declaração do médico assistente;

II .....

III .....

§ 1º Os planos de saúde de que trata esta Lei deverão garantir cobertura integral de emergências, em qualquer hospital na área de abrangência do plano contratado, sem limites de permanência, até que afastados os riscos, seja descaracterizada a situação de emergência.

§ 2º Excluem-se da obrigação prevista no parágrafo anterior as emergências decorrentes de doenças pré-existentes à celebração do contrato, durante o respectivo prazo de cobertura parcial temporária.

§ 3° A remoção para outro estabelecimento de saúde, descaracterizada a situação de emergência, é responsabilidade dos planos de saúde.

§ 4° Os planos de saúde que desejarem transferir pacientes ao Sistema Único de Saúde deverão solicitar vaga à respectiva Central de Regulação das Urgências, do SUS.

§ 5º A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (NR)"

Art. 8º A não observância desta lei configura infração sanitária, conforme previsto no inciso XXIX, do art. 10, da Lei nº 6.437, de 1977.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O art. 3º da Constituição federal estabelece que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é a

construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

A solidariedade em situação de emergências é um dever de todos, independentemente de ser médico, e mais ainda se o for. Esse dever ético advém da própria vida em sociedade, pois os seres humanos vivem em comunidade justamente para se ajudarem mutuamente. A observância deste dever é tão fundamental que sujeita a pessoa refratária às penas definidas no crime de omissão de socorro, previsto no Código Penal.

O mesmo se aplica às pessoas jurídicas. Em que pese a liberdade do empreendedor, há situações em que o imperativo de salvar vidas deve sempre prevalecer. Ressaltando esse dever, a Lei nº 12.653, de 2012, criou o tipo penal de "Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial" (art. 135-A), pois essa obrigação de auxiliar pessoas em estado de necessidade premente, sob risco de morte, deve estar acima do lucro.

Em decorrência desta obrigação, os estabelecimentos privados de saúde não podem negar atendimento, ou mesmo exigir qualquer forma de garantia como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, devendo arcar com eventual inadimplemento de pessoas enfermas, em risco iminente de morte, mas sem recursos financeiros para pagar pelo tratamento.

O objetivo deste Projeto de Lei é justamente inserir os estabelecimentos privados de saúde de forma complementar no atendimento de emergências, de forma a melhorar a resolutividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde nesses casos, e por outro lado estabelecer também uma forma que compartilhar custos e responsabilidades com toda a sociedade, pois a solidariedade mútua em casos de emergência é dever de todos e beneficia a todos.

A definição de "emergência" adotada é a de uma situação de risco iminente de morte ou risco iminente de lesão corporal de natureza gravíssima. A remissão ao Código Penal é proposital, pois se adota uma definição já relativamente bem sedimentada na doutrina e jurisprudência, e relembra a todos da existência da sanção penal ao comportamento tipificado.

Como este Projeto de Lei prevê medidas de natureza excepcional, que invadem a livre-iniciativa do empresário, deve-se ater a situações de risco majorado – ou seja, um risco "iminente", já quase deixando o campo das probabilidades, para adentrar à realidade da pessoa; e deve ter consequências muito gravosas: morte ou lesão corporal de natureza gravíssima.

Não se quer que os estabelecimentos privados sejam obrigados a fazer filantropia ou a contratar com o ente público. Por outro lado, também não se deseja o enriquecimento sem causa, à custa dos cofres públicos, aproveitando-se da situação sob premente necessidade da pessoa enferma (Código Civil, art. 157). Por isso, há necessidade de se buscar um equilíbrio.

Assim, a remuneração dos serviços de emergência, se os procedimentos realizados seguirem os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaborado pelo Ministério da Saúde deverá seguir a tabela do SUS, salvo pactuação diversa, havendo ainda a possibilidade de solicitar o ressarcimento de eventuais gastos que excederem estes valores tabelados, ou de gastos fora das hipóteses previstas nesses protocolos e diretrizes, quando for comprovada sua necessidade para afastar o estado de emergência.

Depois de descaracterizada a emergência, estando o paciente estabilizado clinicamente, cessa a responsabilidade do estabelecimento privado de saúde em relação ao dever de solidariedade com pessoas gravemente enfermas, devendo o pagamento seguir as regras de mercado. Assim, é preciso definir um ponto a partir do qual a remuneração do tratamento deixa de ser pela tabela do SUS.

No caso em que o paciente foi levado por determinação de uma Central de Regulação de Urgências, pressupõe-se que o gestor já tem ciência da existência do paciente, do seu estado de saúde e do tratamento pré-hospitalar realizado, sendo possível uma previsão relativamente segura dos recursos necessários (para direcionar ao estabelecimento de saúde mais apto ao atendimento da emergência) e do provável tempo de tratamento. Portanto, ao direcionar o paciente a um estabelecimento privado de saúde, já está ciente da

necessidade próxima de uma vaga de retaguarda e estar preparado para fazer o transporte quando cessado o estado de emergência. O prazo de 12 horas visa permitir ao gestor local programar o transporte, mas, sobretudo evitar que a transferência de um paciente que acabou de sair de um estado crítico ocorra no plantão noturno ou durante troca de plantão, situações em que pode haver redução de profissionais.

Situação diversa é o caso em que o paciente é levado diretamente ao estabelecimento de saúde, muitas vezes por pessoas que presenciaram o evento em vias públicas e o transportaram em veículos particulares. Nesse caso, o gestor não tem ciência da ocorrência do caso, e findo os procedimentos para estabilização do quadro clínico, deve ser notificado, informando as necessidades do paciente para que encontre um hospital de referência para continuar o tratamento. Em razão deste desconhecimento, o prazo é mais longo, a fim de encontrar a vaga, ou mesmo permitir a negociação do preço da permanência do paciente nesse mesmo estabelecimento, se for interessante para o gestor.

É necessário ainda alterar a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, visando adapta-la a este imperativo ético de solidariedade. Embora a lei preveja a obrigatoriedade de os planos de saúde arcarem com o tratamento de urgências e emergências, a ANS, por meio da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 13, de 1998, limitou esse dever às primeiras 12 horas, o que pode ser insuficiente para estabilização do quadro clínico do paciente. Neste caso, a alteração legislativa propostas ao art. 35-C visa retornar a obrigatoriedade de cobertura, pelo menos nos casos de emergência, sem as restrições colocadas no nível infra legal. Aqui também é necessário um justo equilíbrio, de modo a permitir o atendimento das pessoas em situação de emergência, e não oberar excessivamente a carteira de segurados.

Por fim, cabe notar que, em tese, a inobservância ao determinado nesta lei já configuraria infração sanitária, conforme previsto genericamente no inciso XXIX, do art. 10, da Lei nº 6.437, de 1977, com penas previstas de advertência,

interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa. A fim de evitar divergências de interpretações, esta possibilidade foi explicitada neste Projeto de Lei.

Face ao exposto, convido todos para a discussão e peço o apoio dos meus nobres Pares para a provação deste projeto.

Sala das Sessões, em 8 de maio de 2019.

Deputada **EDNA HENRIQUE**
PSDB/PB

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:
I - a soberania;
II - a cidadania;
III - a dignidade da pessoa humana;
IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
V - o pluralismo político.
Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.
Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.
Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
II - garantir o desenvolvimento nacional;
III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.
Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:
I - independência nacional;
II - prevalência dos direitos humanos;
III - autodeterminação dos povos;

IV - não-intervenção;
V - igualdade entre os Estados;
VI - defesa da paz;
VII - solução pacífica dos conflitos;
VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;
IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;
X - concessão de asilo político.
Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.
.....
.....

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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela

Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977

Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I
DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

.....
Art. 10. São infrações sanitárias:
I - construir, instalar ou fazer funcionar, em qualquer parte do território nacional, laboratórios de produção de medicamentos, drogas, insumos, cosméticos, produtos de higiene, dietéticos, correlatos, ou quaisquer outros estabelecimentos que fabriquem alimentos, aditivos para alimentos, bebidas, embalagens, saneantes e demais produtos que interessem à saúde pública, sem registro, licença e autorizações do órgão sanitário competente ou contrariando as normas legais pertinentes:
Pena - advertência, interdição, cancelamento de autorização e de licença, e/ou multa.
II - construir, instalar ou fazer funcionar hospitais, postos ou casas de saúde, clínicas em geral, casas de repouso, serviços ou unidades de saúde, estabelecimentos ou organizações afins, que se dediquem à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem licença do órgão sanitário competente ou contrariando normas legais e regulamentares pertinentes:
Pena - advertência, interdição, cancelamento da licença e/ou multa.
III - instalar ou manter em funcionamento consultórios médicos, odontológicos e de pesquisas clínicas, clínicas de hemodiálise, bancos de sangue, de leite humano, de olhos, e estabelecimentos de atividades afins, institutos de esteticismo, ginástica, fisioterapia e de recuperação, balneários, estâncias hidrominerais, termais, climatéricas, de repouso, e congêneres, gabinetes ou serviços que utilizem aparelhos e equipamentos geradores de raios X, substâncias radioativas, ou radiações ionizantes e outras, estabelecimentos, laboratórios, oficinas e serviços de ótica, de aparelhos ou materiais óticos, de prótese dentária, de aparelhos ou materiais para uso odontológico, ou explorar atividades comerciais, industriais, ou

filantrópicas, com a participação de agentes que exerçam profissões ou ocupações técnicas e auxiliares relacionadas com a saúde, sem licença do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto nas demais normas legais e regulamentares pertinentes:
Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento da licença e/ou multa; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998)*
IV - extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, manipular, purificar, fracionar, embalar ou reembalar, importar, exportar, armazenar, expedir, transportar, comprar, vender, ceder ou usar alimentos, produtos alimentícios, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, produtos dietéticos, de higiene, cosméticos, correlatos, embalagens, saneantes, utensílios e aparelhos que interessem à saúde pública ou individual, sem registro, licença, ou autorizações do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto na legislação sanitária pertinente:
Pena - advertência, apreensão e inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;
V - fazer propaganda de produtos sob vigilância sanitária, alimentos e outros, contrariando a legislação sanitária:
Pena - advertência, proibição de propaganda, suspensão de venda, imposição de mensagem retificadora, suspensão de propaganda e publicidade e multa. *(Pena com redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
VI - deixar, aquele que tiver o dever legal de fazê-lo, de notificar doença ou zoonose transmissível ao homem, de acordo com o que disponham as normas legais ou regulamentares vigentes:
Pena - advertência, e/ou multa;
VII - impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias:
Pena - advertência, e/ou multa;
VIII - reter atestado de vacinação obrigatória, deixar de executar, dificultar ou opor-se à execução de medidas sanitárias que visem à prevenção das doenças transmissíveis e sua disseminação, à preservação e à manutenção da saúde:
Pena - advertência, interdição, cancelamento de licença ou autorização, e/ou multa;
IX - opor-se à exigência de provas imunológicas ou à sua execução pelas autoridades sanitárias:
Pena - advertência, e/ou multa;
X - obstar ou dificultar a ação fiscalizadora das autoridades sanitárias competentes no exercício de suas funções:
Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento de licença e/ou multa; *(Pena com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998)*
XI - aviar receita em desacordo com prescrições médicas ou determinação expressa de lei e normas regulamentares:
Pena - advertência, interdição, cancelamento de licença, e/ou multa;
XII - fornecer, vender ou praticar atos de comércio em relação a medicamentos, drogas e correlatos cuja venda e uso dependam de prescrição médica, sem observância dessa exigência e contrariando as normas legais e regulamentares:
Pena - advertência, interdição, cancelamento da licença, e/ou multa;
XIII - retirar ou aplicar sangue, proceder a operações de plasmaferese, ou desenvolver outras atividades hemoterápicas, contrariando normas legais e regulamentares:
Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento da licença e registro e/ou multa; *(Pena com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998)*
XIV - exportar sangue e seus derivados, placentas, órgãos, glândulas ou hormônios, bem como quaisquer substâncias ou partes do corgo humano, ou utilizá-los contrariando as disposições legais e regulamentares:
Pena - advertência, intervenção, interdição, cancelamento de licença e registro e/ou multa; *(Pena com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998)*
XV - rotular alimentos e produtos alimentícios ou bebidas bem como medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, produtos dietéticos, de higiene, cosméticos, perfumes, correlatos, saneantes, de correção estética e quaisquer outros contrariando as normas legais e regulamentares:
Pena - advertência, inutilização, interdição, e/ou multa;
XVI - alterar o processo de fabricação dos produtos sujeitos a controle sanitário, modificar os seus componentes básicos, nome, e demais elementos objeto do registro, sem a necessária autorização do órgão sanitário competente:
Pena - advertência, interdição, cancelamento do registro da licença e autorização, e/ou multa;
XVII - reaproveitar vasilhames de saneantes, seus congêneres e de outros produtos capazes de serem nocivos à saúde, no envasilhamento de alimentos, bebidas, refrigerantes, produtos dietéticos, medicamentos, drogas, produtos de higiene, cosméticos e perfumes:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;

XVIII - importar ou exportar, expor à venda ou entregar ao consumo produtos de interesse à saúde cujo prazo de validade tenha se expirado, ou apor-lhes novas datas, após expirado o prazo; *(Inciso com redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, da licença e da autorização, e/ou multa.
XIX - industrializar produtos de interesse sanitário sem a assistência de responsável técnico, legalmente habilitado:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;
XX - utilizar, na preparação de hormônios, órgãos de animais doentes, estafados ou emagrecidos ou que apresentem sinais de decomposição no momento de serem manipulados:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, da autorização e da licença, e/ou multa;
XXI - comercializar produtos biológicos, imunoterápicos e outros que exijam cuidados especiais de conservação, preparação, expedição, ou transporte, sem observância das condições necessárias à sua preservação:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;
XXII - aplicação, por empresas particulares, de raticidas cuja ação se produza por gás ou vapor, em galerias, bueiros, porões, sótãos ou locais de possível comunicação com residências ou freqüentados por pessoas e animais:
Pena - advertência, interdição, cancelamento de licença e de autorização, e/ou multa;
XXIII - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades e outras exigências sanitárias pelas empresas de transportes, seus agentes e consignatários, comandantes ou responsáveis diretos por embarcações, aeronaves, ferrovias, veículos terrestres, nacionais e estrangeiros:
Pena - advertência, interdição, e/ou multa;
XXIV - inobservância das exigências sanitárias relativas a imóveis, pelos seus proprietários, ou por quem detenha legalmente a sua posse:
Pena - advertência, interdição, e/ou multa;
XXV - exercer profissões e ocupações relacionadas com a saúde sem a necessária habilitação legal:
Pena - interdição e/ou multa;
XXVI - cometer o exercício de encargos relacionados com a promoção, proteção e recuperação da saúde a pessoas sem a necessária habilitação legal:
Pena - interdição, e/ou multa;
XXVII - proceder à cremação de cadáveres, ou utilizá-los, contrariando as normas sanitárias pertinentes:
Pena - advertência, interdição, e/ou multa;
XXVIII - fraudar, falsificar ou adulterar alimentos, inclusive bebidas, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, correlatos, comésticos, produtos de higiene, dietéticos, saneantes e quaisquer outros que interessem à saúde pública:
Pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto, interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para o funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; *(Pena com redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXIX - transgredir outras normas legais e regulamentares destinadas à proteção da saúde:
Pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto; suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto; interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento, proibição de propaganda e/ou multa; *(Pena com redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXX - expor ou entregar ao consumo humano, sal refinado, moído ou granulado, que não contenha iodo na proporção estabelecida pelo Ministério da Saúde. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 9.005, de 16/3/1995)*
Pena - advertência, apreensão e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou fabricação do produto, cancelamento do registro do produto e interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; *(Pena com redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXI - descumprir atos emanados das autoridades sanitárias competentes visando à aplicação da legislação pertinente:
Pena - advertência, apreensão, inutilização e/ou interdição do produto, suspensão de venda e/ou de fabricação do produto, cancelamento do registro do produto; interdição parcial ou total do

estabelecimento; cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento, proibição de propaganda e/ou multa; *(Pena com redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXII - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias, por pessoas física ou jurídica, que operem a prestação de serviços de interesse da saúde pública em embarcações, aeronaves, veículos terrestres, terminais alfandegados, terminais aeroportuários ou portuários, estações e passagens de fronteira e pontos de apoio de veículos terrestres:
Pena - advertência, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXIII - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias, por empresas administradoras de terminais alfandegados, terminais aeroportuários ou portuários, estações e passagens de fronteira e pontos de apoio de veículos terrestres:
Pena - advertência, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXIV - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias relacionadas à importação ou exportação, por pessoas física ou jurídica, de matérias-primas ou produtos sob vigilância sanitária:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXV - descumprimento de normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias relacionadas a estabelecimentos e às boas práticas de fabricação de matérias-primas e de produtos sob vigilância sanitária:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXVI - proceder a mudança de estabelecimento de armazenagem de produto importado sob interdição, sem autorização do órgão sanitário competente:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXVII - proceder a comercialização de produto importado sob interdição:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXVIII - deixar de garantir, em estabelecimentos destinados à armazenagem e/ou distribuição de produtos sob vigilância sanitária, a manutenção dos padrões de identidade e qualidade de produtos importados sob interdição ou aguardando inspeção física:
Pena - advertência, apreensão, inutilização, interdição, cancelamento da autorização de funcionamento, cancelamento do registro do produto e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XXXIX - interromper, suspender ou reduzir, sem justa causa, a produção ou distribuição de medicamentos de tarja vermelha, de uso continuado ou essencial à saúde do indivíduo, ou de tarja preta, provocando o desabastecimento do mercado:
Pena - advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento do registro do produto, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XL - deixar de comunicar ao órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde a interrupção, suspensão ou redução da fabricação ou da distribuição dos medicamentos referidos no inciso XXXIX:
Pena - advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento do registro do produto, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa; *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XLI - descumprir normas legais e regulamentares, medidas, formalidades, outras exigências sanitárias, por pessoas física ou jurídica, que operem a prestação de serviços de interesse da saúde pública em embarcações, aeronaves, veículos terrestres, terminais alfandegados, terminais aeroportuários ou portuários, estações e passagens de fronteira e pontos de apoio de veículo terrestres:
Pena - advertência, interdição total ou parcial do estabelecimento, cancelamento do registro do

produto, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa. *(Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)*
XLII - reincidir na manutenção de focos de vetores no imóvel por descumprimento de recomendação das autoridades sanitárias:
Pena - multa de 10% (dez por cento) dos valores previstos no inciso I do § 1º do art. 2º, aplicada em dobro em caso de nova reincidência. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.301, de 27/6/2016)*
XLIII - *(VETADO na Lei nº 13.804, de 10/1/2019)*
Parágrafo único. Independem de licença para funcionamento os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequados e à assistência e responsabilidade técnicas.
Art. 11. A inobservância ou a desobediência às normas sanitárias para o ingresso e a fixação de estrangeiro no País, implicará em impedimento do desembarque ou permanência do alienígena no território nacional, pela autoridade sanitária competente.
.....
.....

LEI Nº 12.653, DE 28 DE MAIO DE 2012

Acresce o art. 135-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar o crime de condicionar atendimento médico-hospitalar emergencial a qualquer garantia e dá outras providências.
A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 135-A:
"Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial
Art. 135-A. Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial:
Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.
Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte."
Art. 2º O estabelecimento de saúde que realize atendimento médico-hospitalar emergencial fica obrigado a afixar, em local visível, cartaz ou equivalente, com a seguinte informação: "Constitui crime a exigência de cheque-caução, de nota promissória ou de qualquer garantia, bem como do preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, nos termos do art. 135-A do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal."
Art. 3º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.
Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de maio de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Eduardo Cardozo
Alexandre Rocha Santos Padilha
Eva Maria Cella Dal Chiavon

LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE GERAL
.....

LIVRO III
DOS FATOS JURÍDICOS

TÍTULO I
DO NEGÓCIO JURÍDICO
.....

CAPÍTULO IV
DOS DEFEITOS DO NEGÓCIO JURÍDICO

.....

Seção V
Da Lesão

Art. 157. Ocorre a lesão quando uma pessoa, sob premente necessidade, ou por inexperiência, se obriga a prestação manifestamente desproporcional ao valor da prestação oposta.
§ 1º Aprecia-se a desproporção das prestações segundo os valores vigentes ao tempo em que foi celebrado o negócio jurídico.
§ 2º Não se decretará a anulação do negócio, se for oferecido suplemento suficiente, ou se a parte favorecida concordar com a redução do proveito.

Seção VI
Da Fraude Contra Credores

Art. 158. Os negócios de transmissão gratuita de bens ou remissão de dívida, se os praticar o devedor já insolvente, ou por eles reduzido à insolvência, ainda quando o ignore, poderão ser anulados pelos credores quirografários, como lesivos dos seus direitos.
§ 1º Igual direito assiste aos credores cuja garantia se tornar insuficiente.
§ 2º Só os credores que já o eram ao tempo daqueles atos podem pleitear a anulação deles.

.....
.....

RESOLUÇÃO Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,
RESOLVE:
Art. 1° A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D1 , da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.
Art. 2ºO plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência,limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.
Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.751, DE 2019

(Da Sra. Edna Henrique)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as operadoras de planos de saúde se utilizem dos parâmetros da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos como limite mínimo na remuneração dos prestadores de serviços odontológicos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1220/2007.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as operadoras de planos de saúde se utilizem dos parâmetros da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos como limite mínimo na remuneração dos prestadores de serviços odontológicos.

Art. 2º O art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte § 2º-A:

"Art. 17-A. .....

.....

§ 2º-A. Para fins da definição de valores dos serviços contratados prevista no § 2º, II, deste artigo, no âmbito dos planos de assistência odontológica, as operadoras deverão se utilizar dos parâmetros da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos como limite mínimo na remuneração dos prestadores.

....." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[48], os planos odontológicos, atualmente, têm cerca de 24 milhões de beneficiários. Eles alcançam uma taxa de cobertura de 12,6% da população do País.

Embora as operadoras responsáveis por esses planos tenham bom desempenho a partir da análise do Índice de Reclamações[49] da Agência, quando se observa a relação das

[48] http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao

[49] http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes/indice-geral-de-reclamacoes-igr

empresas com os prestadores de serviços odontológicos, percebe-se que esses têm sido remunerados de forma incompatível com a qualidade de seus serviços e com as responsabilidades assumidas perante os seus pacientes.

Estudo transversal realizado na Paraíba mostrou que existe grande insatisfação por parte dos cirurgiões-dentistas quanto à remuneração recebida e aos valores pagos[50].

Conforme a cartilha da ANS denominada "Planos Odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar[51]", no âmbito dos planos odontológicos, tem-se observado um processo de concorrência predatória por parte das operadoras, que se valem da crise do mercado dos profissionais autônomos, para impor a sua tabela de pagamento. Com isso, promovem a comercialização de produtos com tíquetes-médios irrisórios, o que contribui para a canibalização desse mercado.

Visamos a instituir, por meio deste PL, um valor mínimo para a remuneração dos prestadores odontológicos. O Código de Ética Odontológica[52] estabelece, em seu art. 5º, IV, que é direito fundamental do cirurgião-dentista recusar-se a exercer a profissão se as condições de trabalhos não são dignas. Esse profissional, cujo trabalho é essencial para a saúde bucal do povo brasileiro, não pode trabalhar por remunerações insuficientes e indignas, muitas vezes abaixo do custo dos procedimentos.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos, que propomos ser utilizada como padrão, foi desenvolvida pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos, em parceria com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, e permite a valoração relativa dos procedimentos odontológicos. Ela tem seus valores atualizados anualmente, no mês de julho, pelo INPC-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Assim, é um parâmetro

[50] http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/download/172/119

[51] http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Planos_odontologicos.pdf

[52] http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf

técnico e periodicamente revisado, extremamente útil para parametrizar a remuneração dos prestadores odontológicos na Saúde Suplementar.

Por tudo isso, em nome da dignidade da odontologia e da saúde bucal dos milhões de brasileiros que são beneficiários de planos de saúde odontológicos, pedimos apoio aos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 8 de maio de 2019.

Deputada **EDNA HENRIQUE**
PSDB/PB

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. 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)*
§ 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)*
Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.
§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.
§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:
I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.
§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.
§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.
§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo *(Artigo acrescido 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....

.....

RESOLUÇÃO - CFO 118, DE 11 DE MAIO DE 2012

Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição.

O Presidente do Conselho Federal de Odontologia, no exercício de suas atribuições regimentais, cumprindo deliberação do Plenário, em reunião realizada no dia 11 de maio de 2012,
Considerando o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Ética Odontológica - IV CONEO, realizada em Goiás, pelo Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia, no período de 07 a 10 de novembro de 2011,
Resolve:
Art. 1º. Fica revogado o Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003.
Art. 2º. Fica aprovado o Código de Ética Odontológica, que com esta se publica.
Art. 3º. Esta Resolução entrará em vigor a partir de 1º de janeiro de 2013.

AILTON DIOGO MORILHAS RODRIGUES, CD

ANEXO
CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

.....

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:
I - diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional;
II - guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções;
III - contratar serviços de outros profissionais da Odontologia, por escrito, de acordo com os preceitos deste Código e demais legislações em vigor;
IV - recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;
V - renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente, por escrito, ao paciente ou seu responsável legal, fornecendo ao cirurgião-dentista que lhe suceder todas as informações necessárias para a continuidade do tratamento;
VI - recusar qualquer disposição estatutária, regimental, de instituição pública ou privada, que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, bem como recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal; e,
VII - decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente ou periciado, evitando que o acúmulo de encargos, consultas, perícias ou outras avaliações venham prejudicar o exercício pleno da Odontologia.
Art. 6º. Constitui direito fundamental das categorias técnicas e auxiliares recusarem-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, ética e legal, ainda que sob supervisão do cirurgião-dentista.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.770, DE 2019

(Dos Srs. Lídice da Mata e Denis Bezerra)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor acerca das condições da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde de beneficiário idoso por não-pagamento da mensalidade.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5113/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor acerca das condições da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde de beneficiário idoso por não-pagamento da mensalidade.

Art. 2º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo dos seguintes §§ 2º, 3º, 4º e 5º, renumerando-se o parágrafo único como § 1º:

"Art. 13. .....

§ 1º .....

I - .....

II - .....

III - .....

§ 2º A operadora dos produtos de que trata o *caput*, contratados individual ou coletivamente, ou a administradora de benefícios, deve solicitar do beneficiário idoso a indicação de uma pessoa de sua confiança, para ser notificada nas hipóteses estabelecidas nesta Lei e em seus regulamentos.

§ 3º A recusa do beneficiário idoso de indicar uma pessoa de sua confiança, de acordo com o disposto no § 2º deste artigo, deverá ser comprovada pela operadora ou pela administradora de benefícios.

§ 4º No caso de beneficiário idoso, a notificação prevista no § 1º, II, deste artigo deverá ser comprovadamente feita não apenas ao consumidor, mas também à pessoa de confiança que ele tenha indicado à operadora.

§ 5º No caso de beneficiário idoso, mesmo quando houver a contratação coletiva dos produtos de que trata o *caput*, independentemente de previsão em contrato, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato por não-pagamento da mensalidade somente poderá ser feita após comprovação da notificação do consumidor e da pessoa de confiança que ele tenha indicado à operadora ou à administradora de benefícios.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

No ordenamento jurídico brasileiro, existem algumas normas que visam a proteger as pessoas idosas consumidoras dos produtos oferecidos na Saúde Suplementar. A Lei de Planos de Saúde (Lei º 9.656, de 1998[53]) determina, em seu art. 14, que, em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa com deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. Já o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 2003[54]) estabelece, em seu art. 15, § 3º, que é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Esses entendimentos são reiterados na Súmula Normativa nº 19, de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), segundo a qual a comercialização de planos privados de assistência à saúde não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores.

No entanto, essas normas não têm sido suficientes para impedir uma grande arbitrariedade recorrentemente perpetrada contra as pessoas idosas. No exercício de nossos mandatos, temos nos deparado com notícias de que as operadoras têm rescindido, implacavelmente, contratos de beneficiários com mais de sessenta anos por atraso no pagamento.

Em muitas circunstâncias, esses consumidores da melhor idade já participam do plano há décadas, mas, por deixarem de pagar as mensalidades por alguns períodos, inúmeras vezes em consequência de esquecimentos tão típicos da idade, ou por não conseguirem deixar suas casas em razão de saúde ou até de sintomas depressivos, perdem por completo a cobertura. Depois de terem seus contratos rescindidos, não têm mais condições financeiras de ingressar em outro plano.

Nossa intenção é que, por meio deste PL, consigamos barrar esses abusos. Propusemos que, de agora em diante, as operadoras e as administradoras de benefícios tenham a obrigação de solicitar do beneficiário idoso a indicação de uma pessoa de confiança para receber, junto com ele, as notificações relativas ao seu contrato. Ademais, sugerimos que, antes que os contratos das pessoas idosas sejam rescindidos por atraso no pagamento, a operadora ou a administradora de benefícios tenha de comprovar a notificação não apenas ao idoso, mas também à pessoa de confiança por ele indicada. Além disso, deixamos claro que, mesmo nos planos coletivos que, atualmente, podem ser rescindidos em caso de inadimplemento, bastando estarem expressas no contrato as condições de rescisão, as pessoas idosas serão protegidas.

Não podemos permitir que, no momento em que mais precisam de acesso à saúde, os idosos fiquem desamparados. Por isso, conclamamos os nobres pares para a

[53] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm
[54] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em 09 de maio de 2019.

Deputada LÍDICE DA MATA
PSB-BA

Deputado DENIS BEZERRA
PSB-CE

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:
I - cadastramento da população idosa em base territorial;
II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento:
I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou
II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.466, de 12/7/2017)*
Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

.....

.....

SÚMULA NORMATIVA Nº 19, DE 28 DE JULHO DE 2011

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no

inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN n° 197, de 16 de julho de 2009; Considerando a finalidade da ANS de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde; Considerando a vedação ao tratamento discriminatório ao idoso, previsto no caput do art. 4º do Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003; e ao portador de deficiência física,conforme a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989; Considerando as recentes denúncias sobre a prática adotada por algumas operadoras privadas de assistência à saúde de saúde no sentido da ausência de pagamento de corretagem ou comissão na venda de planos privados de assistência à saúde para idosos com o claro propósito de desestimular a comercialização e, por conseguinte, o acesso destes consumidores a planos privados de assistência à saúde;
Considerando que em razão da idade ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde, nos termos do art. 14 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998; e Considerando que o impedimento ou restrição à participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde consiste em infração à legislação dos planos privados de assistência à saúde, prevista no art. 62 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:
1 - A comercialização de planos privados de assistência à saúde por parte das operadoras, tanto na venda direta, quanto na mediada por terceiros, não pode desestimular, impedir ou dificultar o acesso ou ingresso de beneficiários em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência, inclusive com a adoção de práticas ou políticas de comercialização restritivas direcionadas a estes consumidores;
2 - Os locais de comercialização ou venda de planos privados de assistência à saúde por terceiros devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários) que desejem aderir, sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência; e
3 - A prática de ato em desacordo ao presente entendimento vinculativo caracteriza infração ao disposto no art. 62 da Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006.

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

PROJETO DE LEI N.º 3.014, DE 2019

(Da Sra. Lídice da Mata e outros)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar a obrigatoriedade da cobertura de atendimento domiciliar, independentemente de previsão contratual, quando houver indicação do médico assistente.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar a obrigatoriedade da cobertura de atendimento domiciliar, independentemente de previsão contratual, quando houver indicação do médico assistente.

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte

redação:

“Art. 12. .....

.....

II - .....

.....

h) cobertura de internação domiciliar, por indicação do médico assistente, nos termos de regulamento.

.....” (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Cada vez mais, os especialistas chegam à conclusão de que o tratamento dos pacientes em casa, quando há indicação dos médicos assistentes, pode ser mais eficiente. Se ocorre em substituição à internação hospitalar, o atendimento domiciliar, também chamado de “home care”, contribui para a melhor gestão de leitos hospitalares e uso dos recursos, reduz a superlotação de serviços de urgência e emergência e enseja atendimento mais humano, individualizado[55].

Em casa, proporciona-se conforto e privacidade ao convalescente. Também se reduzem as chances de infecções. Se isso não bastasse, aumenta-se o vínculo da pessoa em recuperação com a sua família, que tende a apresentar maior adesão ao seu tratamento.

Atualmente, cerca de ¼ da população brasileira tem planos de saúde com cobertura hospitalar. Ou seja: mais de 45 milhões de pessoas dispõem, mensalmente, de fatia considerável dos seus rendimentos para ter garantia de internação, em caso de necessidade de saúde.

No entanto, infelizmente, o Rol mínimo de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não prevê a obrigatoriedade de “home care”, em caso de indicação do médico assistente. Com isso, milhões desses beneficiários que não têm a previsão de atendimento domiciliar no contrato acabam ficando internados em hospitais, mesmo sem indicação para tanto.

Ora, os beneficiários de planos de saúde optam por pagar pela Saúde Suplementar justamente porque esperam ter atendimento condigno e tecnicamente correto nos momentos necessários. Se há indicação do médico assistente para o “home care”, não cabe às operadoras vetar essa decisão, com base em argumentos meramente econômicos.

Como bem disse a Ministra Cármen Lúcia, em decisão histórica de suspensão de uma resolução normativa da ANS que estabelecia patamares altíssimos para a

[55] http://www.den.uem.br/pet/atividades/Seminarios_2012_-_G3.pdf

coparticipação em planos de saúde, “saúde não é mercadoria; vida não é negócio; dignidade não é lucro”.

Precisamos, portanto, alterar a legislação, para garantir o “home care” quando os beneficiários de planos de saúde que incluam a segmentação hospitalar tiverem indicação médica nesse sentido. Com base no exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 21 de maio de 2019.

DEPUTADA LÍDICE DA MATA

DEPUTADO DENIS BEZERRA

DEPUTADA ROSANA VALLE

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.037, DE 2019

(Do Sr. Rafael Motta)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para exigir da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS autorização prévia do reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos e disponibilização de avaliação das operadoras.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera o § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para exigir a

autorização prévia da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para o reajuste de preços dos planos e seguros de saúde coletivos e acrescenta o art. 35-N à referida Lei, para dispor sobre divulgação do desempenho e avaliação das operadoras.

Art. 2º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 35-E.....

§2º Nos contratos individuais e coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º o do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.” (NR)

Art. 3º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 35-N:

“Art. 35-N A ANS disponibilizará informações e dados sobre o desempenho das operadoras, contendo no mínimo índices de avaliação da qualidade dos serviços prestados e de custo-benefício, para subsidiar a escolha dos cidadãos. ” (NR)

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O reajuste dos planos de saúde se tornou nos últimos anos a principal reclamação recebida pelo Instituto de Defesa do Consumidor - Idec, deixando para trás outras queixas dos consumidores, como por exemplo a não cobertura de atendimento.

O principal motivo para tamanha insatisfação, segundo o instituto, é a falta de transparência e de regulamentação quanto aos reajustes praticados pelas operadoras dos planos de saúde coletivos. As empresas que vendem planos de saúde coletivos praticam reajustes abusivos nos contratos.

No caso dos contratos individuais e familiares, quem define o limite máximo de reajuste anual é a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). A regulamentação específica tem como objetivo evitar o aumento abusivo, pois o consumidor individual não possui nenhum poder de barganha perante a empresa administradora do plano.

Já para os planos coletivos por adesão e empresariais a decisão é tomada pelas operadoras, por meio de negociações com as administradoras e sem qualquer limite de valores. Mas o que se tem observado nos planos coletivos é que a negociação não está beneficiando o consumidor e que os reajustes estão sendo abusivos. O fato de haver uma coletividade de pessoas, representadas geralmente por associações de classe que possuem milhares de consumidores, por si só justificaria um aumento menor, visto que tantas pessoas garantem uma elevada arrecadação para os planos de saúde.

O abuso nos reajustes por parte das operadoras de planos tem levado a um aumento da judicialização da saúde. De acordo com levantamento da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), as ações na justiça contra planos de saúde registraram o maior número dos últimos sete anos em São Paulo. Durante o primeiro semestre do ano de 2018, o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) julgou 16.055 mil processos, em primeira e

segunda instância. As principais causas das ações são relacionadas a negativas de cobertura e reajuste de mensalidade. Entre janeiro e junho de 2011, quando o levantamento foi feito pela primeira vez, foram registradas 3.300 mil ações, número que subiu para 14.623 em 2017. Desde o primeiro ano da pesquisa até hoje, o aumento é de 386%.

Para Rafael Robba, um dos autores da pesquisa e mestre em gestão e políticas de saúde, o aumento expressivo da judicialização contra planos de saúde no estado de São Paulo nos últimos anos é resultado de diversos fatores, principalmente das constantes práticas abusivas das empresas de planos de saúde. — Sabe-se que 80% dos contratos ativos de planos de saúde são coletivos. Assim, podemos deduzir que a maioria das ações que questionam reajuste são provenientes destes contratos. Nesse contexto, há ainda a falta de regulamentação para esta modalidade, o que gera uma judicialização enorme, à medida que o cliente se sente lesado com aumentos que não são explicados pelas operadoras — diz.[56]

Havendo a regulamentação dos reajustes dos planos coletivos pela ANS essas questões deixariam de ser levadas ao Judiciário, o que é bom para todos, pois o custo com a judicialização tanto na esfera pública quanto privada de saúde não é interessante para ninguém — governos, sociedade, consumidores e contribuintes.

Além disso, nossa proposta busca induzir na ANS um programa de avaliação constante e disponibilização de informações sobre as operadoras, para que sirva de subsídio ao cidadão no momento de sua escolha e, ainda, promova a concorrência entre as entidades que atuam nesse setor.

Assim, a fim de dar solução a essa insegurança pela qual passam os consumidores de planos de saúde coletivos, rogo aos nobres pares o apoio necessário para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 21 de maio de 2019

Deputado **RAFAEL MOTTA**
PSB/RN

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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua

[56] https://oglobo.globo.com/economia/clientes-de-planos-de-saude-coletivos-conseguem-reduzir-reajuste-na-justica-22875676

vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde

em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 3.104, DE 2019

(Do Sr. Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde dos serviços de atendimento prestados a seus beneficiários no âmbito do Sistema Único de Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde dos serviços de atendimento prestados a seus beneficiários no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. .....

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras ao SUS, com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito de 80% ao fundo de saúde do ente da Federação a que estiver vinculada a entidade onde ocorreu o atendimento, e 20% ao Fundo Nacional de Saúde.

.....

§ 10 A Agência Nacional de Saúde Suplementar promoverá a integração dos seus sistemas com os do Ministério da Saúde, para aprimorar os mecanismos de identificação e cobrança de quaisquer atendimentos realizados na rede própria, contratada ou conveniada do SUS e que sejam identificáveis nos seus sistemas de informação." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A nossa Carta Magna (CF/1988) garante que saúde é direito de todos e dever do Estado. Por isso, a qualquer pessoa é assegurada a prerrogativa de usufruir, gratuitamente, as ações e os serviços do SUS que sejam necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da sua saúde.

Porém, quando o cidadão atendido nas unidades próprias, contratadas e conveniados com o SUS é beneficiário de planos de saúde e realiza procedimentos que estão previstos nos contratos ou no Rol de Procedimentos, a ANS aciona a operadora para pagar os valores correspondentes ao atendimento. Essa obrigação, atualmente, é prevista no art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998.

O Supremo Tribunal Federal já se manifestou pela constitucionalidade desse artigo na ADI nº 1931[57]. O Relator da matéria evidenciou que a gratuidade do SUS não desobriga o reembolso, uma vez que as operadoras assumem com os beneficiários a

[57] http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=314542313&ext=.pdf

obrigação de custear seus procedimentos de saúde, mediante contraprestação mensal, e, por isso, têm a responsabilidade de arcar com as obrigações assumidas.

Acreditamos, no entanto, que a atual sistemática de ressarcimento não contempla as necessidades dos entes que prestam serviços de saúde. Pela regra vigente, os valores recolhidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a título de ressarcimento ao SUS são repassados ao Fundo Nacional de Saúde – e não aos entes prestadores dos serviços.

Entendemos a importância da União em alocar recursos nos entes federados a partir do princípio da equidade, com o objetivo de reduzir as desigualdades. No entanto, não é justo que todo o montante de recursos seja utilizado dessa maneira. Propomos, neste PL, que 20% dos recursos sejam remetidos à União, para o cumprimento dos seus desígnios, e 80% sejam enviados para o onde efetivamente se deu o serviço.

Ademais, sugerimos um dispositivo que determina que a Agência Nacional de Saúde Suplementar promoverá a integração dos seus sistemas com os do Ministério da Saúde, para aprimorar os mecanismos de identificação e cobrança de quaisquer atendimentos realizados na rede própria, contratada ou conveniada do SUS e que sejam identificáveis nos seus sistemas de informação.

Atualmente, são ressarcidos apenas os atendimentos identificados como ambulatoriais (APACs) e internações (AIHs). Acreditamos que todo e qualquer serviço prestado no SUS e previsto no contrato ou no Rol tem de ser ressarcido ao erário. Com essas duas medidas, esperamos trazer mais equilíbrio para o sistema.

Pedimos apoio aos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 23 de maio de 2019.

Deputado DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR.

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória*

nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*
§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:
I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*
Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.
.....
.....

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (Med. Liminar) - 1931

Origem:	**DISTRITO FEDERAL**	Entrada no STF:	**10/12/1998**
Relator:	**MINISTRO MARCO AURÉLIO**	Distribuído:	**19981210**
Partes:	**Requerente: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - HOSPITAIS , ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS - CNS (CF 103 , 0IX)** **Requerido :PRESIDENTE DA REPÚBLICA, CONGRESSO NACIONAL**		

Dispositivo Legal Questionado

Lei 9656 de 03 de junho de 1998 e Medida Provisória 1730 de 07 de dezembro de 1998 .

Medida Provisória nº 1730 - 7 de 07 de dezembro de 1998 .

Altera dispositivos da Lei nº 9656 , de 03 de junho de 1998 , que dispõe sobre os planos e seguros privados de istência à saúde, e dá outras providências .

Art. 001 º - Os dispositivos abaixo indicados da Lei nº 9656 , de 03 de junho de 1998 , passam a vigorar com as seguintes alterações :

"Art. 003 º - Sem prejuízo das atribuições previstas na legislação vigente e observadas , no que couber , as disposições expressas nas Leis nºs 8078 , de 11 de setembro de 1990 , e 8080 , de 19 de setembro de 1990 , compete ao Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP dispor sobre :

(. . .)

0IX - normas de aplicação de penalidades .

(. . .)

"Art. 005 º - (. . .)

00I - Autorizar o registro , os pedidos de funcionamento , cisão , fusão , incorporação , alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde ;

(. . .)

VII - manter o registro provisório de que trata o art. 019 até que sejam expedidas as normas do CNSP .

(. . .)

"Art. 008 º - (. . .)

Parágrafo único - (. . .)

00I - nos incisos 00I , 0II , III e 00V do caput , as operadoras de seguros privados a que alude o inciso 0II do § 001 º do art. 001 º desta Lei ;

(. . .)

"Art. 009 º- Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei e até que sejam definidas as normas do CNSP , as empresas de que trata o art. 001 º só poderão comercializar ou operar planos ou seguros de assistência à saúde se estiverem provisoriamente cadastradas na SUSEP e com seus produtos registrados no Ministério da Saúde , de acordo com o disposto no art. 019 .

§ 001 º - O descumprimento das formalidades previstas neste artigo não exclui a responsabilidade pelo cumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos .

§ 002 º - A SUSEP , por iniciativa própria ou a requerimento do Ministério da Saúde , poderá solicitar informações , determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados ."(NR)

"Art. 010 - É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde , com cobertura assistencial médico-hospitalar- odontológica , compreendendo partos e tratamentos , realizados exclusivamente no Brasil , com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva , ou similar , quando necessária a internação hospitalar , das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com s Saúde , da Organização Mundial de Saúde , respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 012 desta Lei , exceto :

00I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental ;

(. . .)

VII - fornecimento de próteses , órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ;

(. . .)

§ 001 º - As exceções constantes dos incisos 00I e 00X serão objeto de regulamentação pelo CONSU .

§ 002 º - As operadoras definidas nos incisos 00I e 0II do § 001 º do art. 001 º oferecerão , obrigatoriamente , a partir de 03 de dezembro de 1999 , o plano ou seguro referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores .

§ 003 º - Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 002 º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as empresas que operem exclusivamente planos odontológicos .

§ 004 º - A amplitude das coberturas , inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade , serão definidos por normas editadas pelo CONSU ."(NR)

"Art. 011 - (. . .)

Parágrafo único - É vedada a suspensão da assistência à saúde do onsumidor , titular ou dependente , até a prova de que trata o caput , na forma da regulamentação a ser editada pelo CONSU ."(NR)

"Art. 012 - São facultadas a oferta , a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde , nas segmentações previstas nos incisos de 00I e 0IV deste artigo , respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 010 , segundo as seguintes exigências mínimas :

00I - (. . .)

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico , tratamento e demais procedimentos abulatoriais , solicitados pelo médico assistente ;

0II - (. . .)

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 ;

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 ;
(. . .)
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 ;
e) cobertura de toda e qualquer taxa , incluindo materiais utilizados , assim como da remoção do paciente , comprovadamente necessária , para outro estabelecimento hospitalar , em território brasileiro , dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato ;
(. . .)
00V - (. . .)
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência ;
0VI - reembolso , em todos os tipos de plano ou seguro , nos limites das obrigações contratuais , das despesas efetuadas pelo beneficiário , titular ou dependente , com assistência à saúde , em casos de urgência ou emergência , quando não for possível a utilização de serviços próprios , contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 001 º , de acordo com a relação de preços de serviços e hospitalares praticados pelo respectivo plano ou seguro , pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada ;
(. . .)
§ 001 º - Após cento e vinte dias da vigência desta Lei , fica proibido o oferecimento de planos ou seguros de saúde fora das segmentações de que trata este artigo , observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação .
§ 002 º - A partir de 03 de dezembro de 1999 , da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde , nas segmentações de que trata este artigo , deverá constar declaração em separado do consumidor contratante , de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano-referência , e de que este lhe foi oferecido ."(NR)
"Art. 013 - (. . .)
Parágrafo único - Os planos ou seguros contratados individualmente terão vigência mínima de um ano , sendo vedadas :
00I - a suspensão do contrato e a denúncia unilateral , 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 qüinquagésimo dia de inadimplência ;
0II - a suspensão do contrato e a denúncia unilateral , em qualquer hipótese , durante a ocorrência de internação do titular."
"Art. 015 - A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei, em razão da idade do consumidor , somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas , conforme normas expedidas pelo CNSP , a partir de critérios e parâmetros gerais fixados pelo CONSU .
(. . .)
"Art. 016 - (. . .)
XII - número do certificado de registro da operadora , mitido pela SUSEP .
(. . .)
"Art. 017 - A inclusão como contratados , referenciados ou credenciados dos planos e seguros privados de assistência à saúde , de qualquer entidade hospitalar , implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos .
§ 001 º - É facultada a substituição do prestador hospitalar a que se refere o caput deste artigo , desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e ao Ministério da Saúde 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 .
§ 002 º - Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar , a que se refere o parágrafo anterior , 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 .
§ 003 º - Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior 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 .
§ 004 º - Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução , as empresas deverão solicitar ao Ministério da Saúde autorização expressa para tal , informando :
00I - nome da entidade a ser excluída ;

0II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão ;

III - impacto sobre a massa assistida , a partir de parâmetro universalmente aceitos , correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante ;

0IV - justificativa para a decisão , observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor ."(NR)

"Art. 018 - (. . .)

III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com número ilimitado de operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde , sendo expressamente vedado às operadoras impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional .

Parágrafo único - Os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato ou credenciamento com operadoras de planos ou seguros de saúde que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei , sob pena de responsabilidade por atividade irregular ."(NR)

"Art. 019 - Para cumprimento das normas de que trata o art. 003 º , as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação da regulamentação do CNSP para requerer a sua autorização definitiva de funcionamento .

§ 001 º - Até que sejam expedidas as normas do CNSP , serão mantidos registros provisórios das empresas na SUSEP e registros provisórios dos produtos na Secretaria de Assistência à saúde do Ministério da Saúde , com a finalidade de autorizar a comercialização de planos e seguros a partir de 02 de janeiro de 1999.

§ 002 º - Para o registro provisório da empresa , as operadoras de planos deverão apresentar à SUSEP os seguintes documentos :

00I - registro do documento de constituição da empresa ;

0II - nome fantasia ;

III - CGC ;

0IV - endereço ;

00V - telefone , fax e e-mail ;

0VI - principais dirigentes da empresa e nome dos cargos que ocupa .

§ 003 º - Para registro provisório dos produtos a serem comercializados , deverão ser apresentados ao Ministério da Saúde ,para cada plano ou seguro , os seguinte dados :

00I - razão social da operadora ;

0II - CGC da operadora ;

III - nome do produto (plano ou seguro saúde);

0IV - segmentação da assistência (ambulatorial , hospitalar com obstetrícia , hospitalar sem obstetrícia , odontológica , referência);

00V - tipo de contratação (individual/familiar ; coletivo empresarial e coletivo por adesão);

0VI - âmbito geográfico de cobertura ;

VII - faixar etárias e respectivos preços ;

VIII - rede hospitalar própria por município (para segmentações hospitalar e referência);

0IX - rede hospitalar contratada por município (para segmentações hospitalar e referência).

§ 004 º - Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica do Ministério da Saúde .

§ 005 º - Independentemente do cumprimento , por parte da operadora , das formalidades de cadastramento e registro provisórios , ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais , ficam garantidos , a todos os usuários de planos ou seguros ou contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 , todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta lei e em seus regulamentos , para cada segmentação definida no art. 012 .

§ 006 º - O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei .

§ 007 º - Estarão igualmente sujeitas ao cadastramento e registro de produtos provisórios , as pessoas jurídicas que forem iniciar operação de planos ou seguros de saúde a partir de 08 de dezembro de 1998 ."(NR)

"Art. 020 - (. . .)

§ 001 º - Os servidores da SUSEP , no exercício de suas atividades , têm livre acesso ás operadoras de planos privados de assistência à saúde , podendo requisitar e apreender livros , notas técnicas , processos e documentos , caracterizando-se como embaraço à fiscalização , sujeito às penas prevista na lei , qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo .

§ 002 º - Os servidores do Ministério da Saúde , especialmente designados pelo titular desse órgão para o exercício das atividades de fiscalização , na área de sua competência , têm livre acesso às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde , podendo requisitar e apreender processos , contratos com prestadores de serviços , manuais de rotina operacional e demais documentos , caracterizando-se como embaraço à fiscalização , sujeito às penas previstas na lei , qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo ."(NR)

"Art. 025 - (. . .)

0VI - cancelamento , providenciado pela SUSEP , da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão ."(NR)

"Art. 027 - As multas fixadas pelo CNSP , no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração , serão aplicadas pela SUSEP , até o limite de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) , ressalvado disposto no parágrafo único do art. 019 desta Lei .

Parágrafo único - As multas de que trata o caput constituir-se-ão em receitas da SUSEP ."(NR)

"Art. 029 - As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração , a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares , cabendo ao CNSP e ao CONSU , observadas suas respectivas atribuições , dispor sobre normas para instauração , recursos e seus efeitos , instâncias , prazos , perempção e outros atos processuais , assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e o contraditório ."(NR)

"Art. 030 - (. . .)

§ 005 º - A condição prevista no caput deste artigo deixará deexistir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego .

§ 006 º - Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa , não é considerado contribuição a co-participação do consumidor , única e exclusivamente em procedimentos , como fator de moderação , na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar ."(NR)

"Art. 031 - Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde , decorrente de vínculo empregatício , pelo prazo mínimo de dez anos , é assegurado o direito de manutenção como beneficiário , nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho , desde que assuma o pagamento integral do mesmo .

(. . .)

§ 003 º - Para gozo do direito assegurado neste artigo , observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 002 º ,
003 º , 004 º , 005 º e 006 º do artigo anterior . "(NR)

Art. 032 - Serão ressarcidos pelas operadoras , as quais alude o art. 001 º , de acordo com normas a serem definidas pelo CONSU , os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos , prestados a seus consumidores e respectivos dependentes , em instituições públicas ou privadas , conveniados ou contratadas , integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS .

§ 001 º - O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços , quando esta possuir personalidade jurídica própria , e ao Sistema
Único de Saúde - SUS nos demais casos , mediante tabela de procedimentos as ser aprovada pelo CONSU .

§ 002 º - Para a efetivação do ressarcimento , os gestores do SUS disponibilização às operações a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor .

§ 003 º - A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura , creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso .

§ 004 º- O CONSU fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados , conforme previsto no § 002 º deste artigo .

§ 005 º - Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros ."(NR)

"Art. 035 - Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência , assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei , observado o prazo estabelecido no § 001 º .

§ 001 º - A adaptação aos termos desta legislação de todos os contratos celebrados anteriormente a vigência desta Lei , bem como daqueles celebrados entre 02 de setembro e 30 de dezembro de 198 , dar-se-á no prazo máximo de quinze meses a partir da data da vigência desta Lei , sem prejuízo do disposto no art. 035 - H .

§ 002 º - A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 030 e 031 desta Lei , observados os limites de cobertura previstos no contrato original ."(NR)

Art. 002 º - A Lei nº 9656 , de 1998 , passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos :

"Art. 035 - A - Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU , órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde , com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico , sanitário e epidemiológico e , em especial ;

0OI - regulamentar as atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no que concerne aos conteúdos e modelos assistenciais , adequação e utilização de tecnologias em saúde ;

0II - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde , que constituirão referência básica para os fins do disposto nesta Lei;

III - fixar as diretrizes para a cobertura assistencial ;
0IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras ;
00V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras ;
0VI - fixar , no âmbito de sua competência , as normas de fiscalização , controle e aplicação de penalidades previstas nesta Lei ;
VII - estabelecer normas para intervenção técnica nas operadoras ;
VIII - estabelecer as condições mínimas , de caráter técnico-operacional dos serviços de assistência à saúde ;
0IX - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde ;
00X - estabelecer normas relativas à adoção e utilização , pelas empresas de assistência médica suplementar , de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde ;
0XI - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas , de caráter consultivo , de forma a subsidiar sua decisões ;
XII - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistente ;
XIII - qualificar , para fins de aplicação desta Lei , as operadoras de planos privados de saúde ;
XIV - outras questões relativas à saúde suplementar .

§ 001 º - O CONSU terá o seu funcionamento regulado em regimento interno .

§ 002 º - A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora , mormente no que concerne ànatureza jurídica de seus atos constitutivos ."(NR)

"Art. 035 -B - O CONSU será integrado pelos seguinte membros ou seus representantes :
00I - Ministro de Estado da Saúde ;
0II - Ministro de Estado da Fazenda ;
III - Ministro de Estado da Justiça ;
0IV - Superintendente da SUSEP ;
00V - do Ministério da Saúde .

§ 001 º - O CONSU será presidido pelo Ministro de Estado da Saúde , e na sua ausência , pelo Secretário-Executivo do respectivo Ministério .

§ 002 º - O Secretário de Assistência à Saúde , ou representante por ele especialmente designado , exercerá a função de Secretário do Conselho .

§ 003 º - Fica instituída , no âmbito do CONSU , a Câmara de Saúde Suplementar , de caráter permanente e consultivo , integrada :
00I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado :
a) da Saúde , na qualidade de seu Presidente ;
b) da Fazenda ;
c) da Previdência e Assistência Social ;
d) do Trabalho ;
e) da Justiça ;
0II - pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde , ou ser representante , na qualidade de Secretário ;
III - pelo Superintendente da SUSEP , ou seu representante ;
0IV - por um representante de casa órgão e entidade a seguir indicados :
a) Conselho Nacional de Saúde ;
b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde ;
c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde ;
d) Conselho Federal de Medicina ;
e) Conselho Federal de Odontologia ;
f) Federação Brasileira de Hospitais ;
g) Confederação Nacional de Saúde , Hospitais , Estabelecimentos e Serviços ;
00V - por um representante de cada entidade a seguir indicada :
a) de defesa do consumidor ;
b) de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde ;
c) de representação das empresas de seguro de saúde ;
d) de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde ;
e) de representação das empresas de medicina e grupo ;
f) de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar ;
g) de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde
h) de representação das empresas de odontologia de grupo ;
i) de representação cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar ;
j) de representação do Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências do consumidor .

§ 004 º - Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado de Saúde ."(NR)

"Art. 035 - C - Compete ao Ministério da Saúde , sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor :

00I - formular e propor ao CONSU as normas de procedimentos relativos à prestação de serviços pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde ;

0II - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso , manutenção e qualidade dos serviços prestados , direta ou indiretamente pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde ;

III - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos e seguros privados de saúde e garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência ;

0IV - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos ;

00V - fiscalizar questões concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos , relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar ;

0VI - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde , com a finalidade de preservar a qualidade da atenção à saúde ;

VII - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços próprios , referenciados , contratados ou conveniados oferecidos pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde ;

VIII - fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas pelo CONSU ;

0IX - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde previstas nesta Lei , segundo as normas fixadas pelo CONSU .

00X - manter o registro provisório de que trata o § 001 º do art. 019 , até que sejam expedidas as normas do CNSP ."(NR)

"Art. 035 - D - É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos :

00I - de emergência , como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente , caracterizado em declaração do médico assistente ;

0II - de urgência , assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional .

Parágrafo único - O CONSU fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo , observados os termos e prazos de adaptação previstos no art. 035 ."(NR)

Art. 035 - E - Sempre que ocorrerem graves deficiências em relação aos parâmetro e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras , o Ministério da Saúde poderá designar , por prazo não superior a cento e oitenta dias , um diretor-técnico com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CONSU .

§ 001 º - O descumprimento das determinações do diretor-técnico por administradores , conselheiros ou empregados a entidade operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator , sem prejuízo das sanções penais cabíveis , assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa , sem efeito suspensivo , para o CONSU .

§ 002 º - Os administradores da operadora que se encontrarem em regime de direção-técnica ficarão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime em face de atos ou fatos relativos à respectiva gestão , perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.

§ 003 º - No prazo que lhe for designado , o diretor-técnicoprocederá à análise da situação da operadora e proporá ao Ministérioda Saúde as medidas cabíveis .

§ 004 º - No caso de não surtem efeitos as medidas especiais pararegularização da operadora , o Ministério da Saúde determinará à SUSEPa aplicação da penalidade prevista no art. 025 , inciso 0VI , destaLei .

§ 005 º - Antes da adoção da media prevista no parágrafoanterior , o Ministério da Saúde assegurará ao infrator ocontraditório e a ampla defesa ."(NR)

"Art. 035 - F - As multas fixadas pelo CONSU , no âmbito de suasatribuições e em função da gravidade de infração , serão aplicadaspelo Ministério da Saúde , até o limite de R$ 50.000,00 (cinquentamil reais)."(NR)

"Art. 035 - G - Aplica-se às operadoras de planos de assistênciaà saúde a taxa de fiscalização instituída pela Lei nº 7944 , de 20 dedezembro de 1989 .

§ 001 º - O Ministério da Saúde e a SUSEP firmarão convênio com oobjetivo de definir as respectivas atribuições , no que se refere àfiscalização das operadoras de planos e seguros de saúde .

§ 002 º - O convênio de que trata o parágrafo anterior estipularáo percentual de participação do Ministério da Saúde na receita da taxade fiscalização incidente sobre operadoras de planos de saúde e fixaráas condições dos respectivos repasses ."(NR)

"Art. 035 - H - A partir de 05 de junho de 1998 , ficaestabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de]vigência desta Lei que :

00I - qualquer variação na contraprestação pecuniária paraconsumidores com

mais de sessenta anos de idade estará sujeita àautorização prévia da SUSEP ;

0II - a alegação de doença ou lesão preexistente estarásujeita regulamentação da matéria pelo CONSU ;

III - é vedada a suspensão ou denúncia unilateral decontrato individual ou familiar de plano ou seguro de assistência àsaúde por parte da operadora , salvo o disposto no inciso 0II doparágrafo único do art. 013 desta Lei ;

0IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar emleito clínico , cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ousimilar , salvo a critério do médico assistente .

§ 001 º - Nos contratos individuais de planos ou seguros desaúde , independentemente da data de sua celebração , e pelo prazoestabelecido no § 001 º do art. 035 , a aplicação de cláusula dereajuste das contraprestações pecuniárias , vinculadas àsinistralidade ou à variação de custos , dependerá de prévia aprovação da SUSEP .

§ 002 º - O disposto no art. 035 desta Lei aplica-se sem prejuízodo estabelecido neste artigo ."(NR)

Art. 003 º - Os arts. 003 º , 005 º , 025 , 027 , 035-A , 035-B , 035-C , 035-E , 035-F , 035-H da Lei nº 9656 , de 1998 , entram emvigor em 05 de junho de 1998 , resguardada às pessoas jurídicas de quetrata o art. 001 º a data limite de 31 de dezembro de 1998 paraadaptação ao que dispõem os arts. 014 , 017 , 030 e 031 .

Art. 004 º - O Poder Executivo fará publicar no Diário Oficial daUnião , no prazo de trinta dias , após a conversão desta Medida Provisória em Lei , texto consolidado da Lei nº 9656 , de 1998 .

Art. 005 º - Ficam convalidados os atos praticados com base naMedida Provisória nº 1685 - 6 , de 25 de novembro de 1998 .

Art. 006 º - Esta Medida Provisória entra em vigor na data de suapublicação .

Art. 007 º - Ficam revogados os §§ 001 º e 002 º do art. 005 º , os arts. 006 º e 007 º , o inciso VIII do art. 010 , o § 002 º do art.016 , o § 002 º do art. 031 da Lei nº 9656 , de 03 de junho de 1998 ,e a Medida Provisória nº 1685 - 6 , de 25 de novembro de 1998 .

- Medida Provisória reeditada sob o nº 1730 - 8 , em 07 de janeiro de1999 . (aditamento à inicial PG/STF 002951)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1801 - 9 , em 29 de janeiro de1999 . (aditamento à inicial PG/STF 006708)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1801 - 10 , em 26 de fevereirode 1999 . (aditamento à inicial PG/STF 11068)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1801 - 11 , em 26 de março de1999 . (aditamento à inicial PG/STF 18568)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1801 - 12 , em 23 de abril de1999 . (aditamento à inicial PG/STF 23412)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1801 - 14, em 18 de junho de1999 , tendo em conta a remuneração dos parágrafos do art. 035 - H , seja aditada a incial , também quanto a este ponto , para que aimpugnação formulada aos §§ 001 º e 002 º seja tida como impugnação feita aos §§ 002 º e 003 º do art. 035 - H da Lei 9656 /98, agora naforma que lhes foi conferida pela MP 1801 - 14 /99. (aditamento àinicial PG/STF 40513)- Medida Provisória reeditada sob o nº 1908 - 15, em 30 de junho de1999 , (aditamento à inicial PG/STF 43020)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1908 - 16, em 29 de julho de1999 (aditamento à inicial PG/STF 47646)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1908 - 17, em 27 de agosto de1999 (aditamento à inicial PG/STF 59395)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1908 - 18, em 27 de setembro de1999 , art. 002 º (aditamento à inicial PG/STF 66908)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1908 - 20, em 26 de novembro de1999 , art. 002 º (aditamento à inicial PG/STF 94161)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 21, em 10 de dezembro de1999 (aditamento à inicial PG/STF 100014)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 22 , em 11 de janeiro de2000 (aditamento à inicial PG/STF 3245)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 23 , em 10 de fevereirode 2000 (aditamento à inicial PG/STF 11602)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 24, em 10 de março de2000 (aditamento à inicial PG/STF 18364)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 25, em 07 de abril de2000 (aditamento à inicial PG/STF 26285)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 26, em 05 de maio de2000 (aditamento à inicial PG/STF 32399)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 28 , em 30 de junho de2000 (aditamento à inicial PG/STF 51487)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 29 , em 28 de julho de2000 (aditamento à inicial PG/STF 59882)

- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 30 , em 28 de agosto de2000 (aditamento à inicial PG/STF 76963)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 31, em 27 de setembro de2000 (aditamento à inicial PG/STF 91114)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 32, em 26 de outubro de2000 (aditamento à inicial PG/STF 108695)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 33, em 24 de novembro de 2000 (aditamento à inicial PG/STF 125287)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 1976 - 34, em 22 de dezembro de 2000 (aditamento à inicial PG/STF 000041)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 35, em 28 de dezembro de 2000 (aditamento à inicial PG/STF 003649)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 36, em 27 de janeiro de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 010350)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 37, em 26 de fevereiro de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 22436)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 38, em 28 de março de2001 (aditamento à inicial PG/STF 041912)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 39, em 27 de abril de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 056971)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 40, em 25 de maio de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 071838)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2097 - 41, em 22 de junho de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 082176)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2177 - 42, em 29 de junho de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 085487)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2177 - 43, em 28 de julho de 2001 , art. 002 º (aditamento à inicial PG/STF 097290)
- Medida Provisória reeditada sob o nº 2177 - 44, em 27 de agosto de 2001 (aditamento à inicial PG/STF 105940)

Fundamentação Constitucional

- Art. 005 º , LIV
- Art. 005 º , XXXVI
- Art. 192 , 0II
- Art. 195 , caput , § 004 º
- Art. 196
- Art. 199

esultado da Liminar

Deferida em Parte

Decisão Plenária da Liminar

O Tribunal , por unanimidade , reconheceu a legitimidade ativa da autora. Votou o Presidente. Em seguida, após o voto do Senhor Ministro Maurício Corrêa (Relator) , não conhecendo da ação quanto às inconstitucionalidades formais e , na parte relativa à violação ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito, também não conhecendo da ação quanto ao pedido de inconstitucionalidade do caput do art. 035 , e do § 001 º da lei impugnada , e do § 002 º da Medida Provisória nº 1730 - 7 / 98 , tendo em vista as substanciais alterações neles promovidas , e deferindo , em parte , a medida cautelar , tudo nos termos do voto do Relator , o julgamento foi suspenso em virtude do pedido de vista formulado pelo Senhor Ministro Nelson Jobim. Ausente , justificadamente , o Senhor Ministro Celso de Mello .

- Plenário , 20.10.1999 .

Prosseguindo-se no julgamento, após o voto do Senhor Ministro Nelson Jobim, que acompanhou o Relator, o Tribunal não conheceu da ação quanto às inconstitucionalidades formais, bem assim relativamente às alegações de ofensa ao direito adquirido, ao ato jurídico perfeito e à inconstitucionalidade do artigo 35 e seu § 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e do § 2º, acrescentado a esse pela Medida Provisória nº 1.730-7, de 07 de dezembro de 1998, alterado pela Medida Provisória nº 1.908-17, de 27 de agosto de 1999, por falta de aditamento à inicial. Em seguida, deferiu, em parte, a medida cautelar, no que tange à suscitada violação ao artigo 5º, XXXVI da Constituição, quanto ao artigo 35-G, hoje, renumerado como artigo 35-E pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em seus incisos I a IV, §§ 1º, incisos I a V, e 2º, redação dada pela Medida Provisória nº 1.908-18, de 24 de setembro de 1999; conheceu, em parte, da ação quanto ao pedido de inconstitucionalidade do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 1.908-18/1999, para suspender a eficácia apenas da expressão "atuais e", e indeferiu o pedido de declaração de inconstitucionalidade

dos demais dispositivos, por violação ao ato jurídico perfeito e ao direito adquirido. Em face da suspensão da eficácia do artigo 35-E (redação dada pela MP nº 2.177-44/2001), suspendeu também a eficácia da expressão "artigo 35-E", contida no artigo 3º da Medida Provisória nº 1.908-18/99. Decisão unânime. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, o Senhor Ministro Gilmar Mendes. Presidência do Senhor Ministro Maurício Corrêa.
- Plenário, 21.08.2003.
- Acórdão, DJ 28.05.2004.

Data de Julgamento Plenário da Liminar

Plenário
Data de Publicação da Liminar

Acórdão, DJ 28.05.2004.
Resultado Final

Procedente em Parte
Decisão Final

O Tribunal, por unanimidade e nos termos do voto do Relator , julgou prejudicada a ação no tocante aos artigos 10, inc. VI; 12, incisos I, c, e II, g, e parágrafos 4º e 5º; e 32, parágrafos 1º, 3º, 7º e 9º, todos da Lei 9.656/1998, e, na parte conhecida, julgou parcialmente procedentes os pedidos, para declarar a inconstitucionalidade dos arts. 10, § 2º, e 35-E da Lei 9.656/1998, bem como do art. 2º da Medida Provisória n. 2.177-44/2001. Falaram, pela requerente, Confederação Nacional de Saúde - Hospitais Estabelecimentos e Serviços - CNS, Dr. Marcelo Ribeiro; e, pelo Presidente da República e pelo Congresso Nacional, a Dra. Grace Maria Fernandes Mendonça, Advogada-Geral da União. Impedidos o Ministro Dias Toffoli, ausente neste julgamento, e o Ministro Roberto Barroso. Presidiu o julgamento a Ministra Cármen Lúcia.
- Plenário, 7.2.2018.
- Acórdão, DJ 08.06.2018.

PROJETO DE LEI N.º 3.175, DE 2019

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Dispõe sobre obrigatoriedade da classificação da cirurgia refrativa como procedimento reparador funcional.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A cirurgia refrativa objeto de indicação médica, que atenda padrões e protocolos nacionais e internacionais, é considerada, para todos os fins, procedimento reparador funcional.

Parágrafo Único O procedimento a que se refere o caput não pode ser enquadrado nas exceções previstas no inciso II, do art. 10, da Lei 9656, de 03 de junho de 1998.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 3º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A cirurgia refrativa é uma das técnicas mais avançadas de cirurgia ocular e tem evoluído a cada dia. Seus resultados positivos têm se ampliado, promovendo diminuição ou mesmo a eliminação da dependência de uma pessoa por óculos ou lentes de contato. Esse procedimento é chamado cirurgia refrativa já que afeta o estado refrativo do olho, que pode causar distúrbios de visão bastante comuns, como miopia, hipermetropia e astigmatismo.

Atualmente, o tipo mais comum de cirurgia refrativa utiliza laser para remodelar a córnea do paciente e eliminar as sutis alterações que causam distúrbios oculares. Apesar da cirurgia refrativa estar se tornando mais comum e acessível para os pacientes, ela não pode ser considerada um procedimento simples, pois existem distintas características ou problemas, como ser portador de glaucoma ou diabetes, que podem classificar um paciente como inelegível para tal procedimento. Por essa razão, pacientes que desejam fazer uma cirurgia refrativa têm que ser submetidos a um completo e detalhado exame ocular.

A cirurgia refrativa também não é recomendada para crianças ou mesmo adolescentes. Pesquisas mostraram que os melhores resultados desse procedimento foram encontrados entre a faixa etária após os 40 anos, mas podem ser benéficas também para faixas inferiores de idade. O certo é que dispomos de um procedimento cirúrgico que pode trazer grandes benefícios para os que são dependentes de óculos ou lentes de contato.

A reparação funcional pela cirurgia ocular em nada se pode comparar com um procedimento meramente estético. Sua indicação, como se pôde observar acima, depende de uma série de circunstâncias a serem avaliadas pelo profissional medico, e não apenas do grau de miopia, para que possa alcançar o sucesso esperado.

A exigência de exames apropriados e a obediência de normas técnicas aceitas internacionalmente e no Brasil são condições indispensáveis para se decidir sobre a adoção do procedimento da cirurgia refrativa.

A abordagem técnica, fundada em estudos e pesquisas em todo o mundo, deve ser o fator balizador da discussão sobre esta material. Lamentavelmente, contudo, o que tem presidido os debates e as decisões, até então encaminhadas, são os interesses econômicos dos setores envolvidos na prestação desses serviços.

Reiteradamente, os planos de saúde vinham se recusando a pagar a cirurgia refrativa, escudada no art. 10, II, da Lei 9.656, de 3 1998, a Lei dos Planos de Saúde, considerando-a, unilateralmente, como procedimento estético. Essa prática se dá mesmo sabedores de que os contratos firmados a partir de janeiro/99, regulamentados por esta Lei, estabelecem uma série de obrigações comuns a todos os planos de saúde, inclusive de cobertura a toda doença listada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, e a miopia figura nessa classificação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão do governo responsável pela regulamentação e fiscalização do segmento, na tentativa de estabelecer regras para a matéria, determinou que a obrigação dos planos de saúde para a cirurgia refrativa se restringiriam aos casos de miopia de 07 graus ou mais.

Essa decisão se deu através das Resoluções da Diretoria Colegiada: RDC 41 e, posteriormente RDC 67, de 2001. A medida apenas reforçou a discussão se a cirurgia refrativa seria ou não estética.

Para a ANS todos os casos abaixo de 7 graus de miopia seriam considerados procedimentos estéticos e, portanto, não cobertos pelos Planos de Saúde.

Uma decisão de extrema fragilidade técnica, que logo foi refutada pelo parecer do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, que declara: "A miopia em graus menores (até 6) leva à extrema incapacitação visual, assim como ocorre nos graus maiores (acima de 7). Esta conceituação técnica é normatizada e aceita no Brasil e no mundo.

Portanto, pacientes com graus menores têm indicação técnica para a realização da cirurgia de miopia." Ademais, a limitação de cobertura para cirurgias de miopia para graus iguais ou superiores a 07, estabelecida nas Resoluções da ANS, foi objeto de AÇÃO CIVIL PÚBLICA impetrada pelo Ministério Público do Rio de Janeiro, em trâmite na 8ª Vara Federal – Rio de Janeiro.

Portanto, está claro que não se trata de um procedimento estético - porque podem se beneficiar da recuperação funcional ocular aqueles pacientes que tem indicação técnica para a realização de cirurgia refrativa, conforme espectro em bem mais amplo do que o indicado pela ANS - não há que se definir limites de grau de miopia a partir do qual os planos de saúde deveriam arcar com as despesas.

O critério há de ser o da necessidade do paciente associada à possibilidade técnica de se realizar o procedimento. Com essa iniciativa, entendemos que milhões de brasileiros passarão a ter verdadeiramente acesso a um procedimento que pode significar um grande aumento na sua qualidade de vida.

Por todo o exposto, contamos com o apoio dos Nobres Pares desta Casa para a aprovação do Projeto de Lei em tela.

Sala das Sessões, em 28 de maio de 2019.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar,

quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo

aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

.....

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 41, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2000

(Revogada pela RDC Nº 67, de 7 de maio de 2001)

Altera o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III do art. 4 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 6 de dezembro de 2000, e

Considerando a necessidade de atualizar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituem referência básica para a cobertura assistencial nos planos de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e de identificar os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade que poderão ser excluídos na adoção de cláusula de cobertura parcial temporária, adotou a seguinte Resolução e eu, Diretor- Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Fica alterado, na forma do Anexo 1 desta Resolução, o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº10, de 03 de novembro de 1998, que deverá ser utilizado como referência de cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para os contratos firmados a partir de 1º de janeiro de 1999.

Parágrafo único. Estão identificados, no Rol de Procedimentos, os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade, respectivamente nas colunas CIR e PAC.

Art. 2º Fica instituído o Índice de Procedimentos de Alta Complexidade, no Anexo 2 desta Resolução, que consiste no agrupamento dos procedimentos do Rol identificados por códigos assinalados na coluna PAC, e deverá ser utilizado como referência nas cláusulas de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente, de acordo com o disposto na RDC nº 42, de 15 de dezembro de 2000.

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

JANUARIO MONTONE

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 67, DE 7 DE MAIO DE 2001

(Revogada pela RN Nº 82, de 29 de setembro de 2004)

Atualiza o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.

Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o inciso III do art. 4 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, de acordo com o disposto no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em reunião realizada em 24 de abril de 2001, e

Considerando a necessidade de atualizar o rol de procedimentos e eventos em saúde que constituem referência básica para a cobertura assistencial nos planos de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º Fica alterado, na forma do Anexo I desta Resolução, o Rol de Procedimentos Médicos que deverá ser utilizado como referência de cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para os contratos firmados a partir de 1º de janeiro de 1999.

Art. 2º Fica revogada a RDC n.º 41 de 14 de dezembro de 2000

JANUARIO MONTONE
Diretor - Presidente

PROJETO DE LEI N.º 3.196, DE 2019

(Do Sr. Julio Cesar Ribeiro)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tratar do reajuste dos valores de reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3940/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tratar do reajuste dos valores de reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 16-A:

"Art. 16-A. Nos contratos que previrem o reembolso das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, o índice de

reajuste dos valores de reembolso deve ser igual ou maior do que o índice de reajuste por variação de custos aplicado, anualmente, às contraprestações pecuniárias pagas pelos beneficiários."

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

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os reajustes para os planos podem ocorrer em três situações: por revisão técnica (tipo de reajuste que está, atualmente, suspenso), que consiste em aumentar os preços dos planos, após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para sanar um desequilíbrio econômico; por mudança de faixa etária, regra comum a todos os planos, de acordo com critérios definidos pela legislação e pela ANS; e por variação de custos, que pode ser feito uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato.

A aplicação de cláusula de reajuste por variação de custos nos planos individuais depende de prévia autorização da ANS, segundo o art. 35-E, §2º, da Lei nº 9.656, de 1998. No entanto, nos planos coletivos, aos quais estão vinculados 81% dos beneficiários atuais[58], o índice de reajuste por variação de custos é definido, na maioria esmagadora dos casos[59], conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa ou instituição que contratou o plano.

Embora as operadoras reajustem as mensalidades pagas pelos consumidores a cada ano, não fazem o mesmo com os valores relativos ao reembolso nos contratos que preveem ressarcimento das despesas efetuadas com prestadores não participantes da rede da operadora. As tabelas de reembolso, que constam dos contratos, em boa parte das circunstâncias, ficam completamente desatualizadas e desconformes com os reais valores cobrados por prestadores de serviços de saúde. Com isso, cada vez mais os beneficiários de planos de saúde são prejudicados nas suas relações com as operadoras.

Repetindo a Ministra Cármen Lúcia, na decisão histórica de suspensão de uma resolução normativa da ANS que estabelecia patamares altíssimos para a coparticipação em planos, declaramos que "saúde não é mercadoria; vida não é negócio; dignidade não é lucro". Por isso, não podemos deixar que as operadoras, em busca de lucro desmedido, prejudiquem os consumidores de planos que, mensalmente, dispõe de parcela salutar de seus rendimentos em busca de uma boa prestação de serviços de saúde.

[58] http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao

[59] Com a finalidade de proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, por meio da qual decidiu que as operadoras de planos de saúde deverão agrupar seus contratos coletivos com menos de 30 vidas num grupo único para aplicação do reajuste. O objetivo da medida, que começou a valer para os reajustes feitos a partir de maio de 2013, foi o emprego de índices uniformes para esses contratos com menor capacidade de negociação junto às operadoras.

Pedimos, portanto, apoio dos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 29 de maio de 2019.

Deputado JULIO CESAR RIBEIRO

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)

§ 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)*

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros

representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma,

gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra

PROJETO DE LEI N.º 3.218, DE 2019

(Da Sra. Edna Henrique)

Dispõe sobre o direito do paciente vítima de acidente de trânsito que for socorrido por meio de helicópteros pelas equipes do Corpo de Bombeiros Militar ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência optar por ser encaminhado a hospitais privados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3088/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o direito do paciente vítima de acidente de trânsito que for socorrido por meio de helicópteros pelas equipes do Corpo de Bombeiros Militar ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência optar por ser encaminhado a hospitais privados.

Art. 2º O paciente vítima de acidente de trânsito que for socorrido por meio de helicópteros pelas equipes do Corpo de Bombeiros Militar ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência terá a

opção de ser encaminhado a hospitais privados.

§ 1º Se o paciente estiver em condições de manifestar a sua vontade, a opção deverá ser feita por meio da assinatura de termo de consentimento.

§ 2º Se o paciente não estiver em condições de manifestar a sua vontade, a opção poderá ser feita por meio de assinatura de termo de consentimento por responsável.

Art. 3º Os profissionais que estiverem prestando o atendimento deverão avaliar se a opção manifestada nos termos do art. 2º é possível, tendo em vista o estado de saúde do paciente e a viabilidade do transporte até o estabelecimento de opção.

Parágrafo único. Quando não for possível acatar a opção do atendimento em hospitais privados, os profissionais que estiverem prestando o atendimento deverão justificar as razões da negativa por escrito.

Art. 4º Antes de encaminhar o paciente para o hospital privado, a Central de Regulação de Urgências de referência deverá aferir a existência de vaga e da estrutura necessária ao atendimento no hospital privado escolhido.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Um dos princípios éticos que deve reger a relação dos profissionais de saúde com os pacientes é o da autonomia. Esse princípio afasta o conceito paternalista da saúde, em que as decisões são tomadas à revelia da vontade do paciente[60].

A autonomia é prevista até mesmo no Código de Ética Médica[61], que estabelece que é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Atualmente, em caso de acidentes de trânsito, os pacientes atendidos por equipes em helicópteros do Corpo de Bombeiros Militar ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência são encaminhados para hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que tenham plano de saúde. Com isso, somente são transferidos para hospitais privados atendidos pelos seus respectivos planos após chegarem estabelecimento vinculado ao SUS e lá serem estabilizados.

Acreditamos, todavia, que essa inflexibilidade normativa é maléfica

[60] http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n2/a3211.pdf

[61] https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf

ao paciente, ao SUS e até mesmo às operadoras de planos. Se o paciente, ou seu representante, opta pelo atendimento na rede privada, e se existem condições práticas para tanto, não há nada que justifique a impossibilidade de encaminhamento direto ao hospital particular.

Com a aprovação deste PL e a modificação da regra atual, os pacientes terão sua dignidade respeitada, pois poderão participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde. Os hospitais públicos, que, na maioria das vezes, estão sobrecarregados, terão sua demanda de atendimentos emergenciais reduzida. Ademais, não será necessário mover todo o processo de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde, pelas operadoras, das despesas efetuadas para o atendimento ao paciente no estabelecimento vinculado ao SUS.

Diante dos benefícios que a conversão desta Proposição em Lei pode trazer à saúde do povo brasileiro, pedimos aos nobres pares apoio para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 29 de maio de 2019.

Deputada **EDNA HENRIQUE**
PSDB/PB

PROJETO DE LEI N.º 3.275, DE 2019

(Do Sr. Ruy Carneiro)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 2º O art. 35-E, § 2º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 35-E.....

.....

.....

§ 2º Nos contratos individuais e coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

.....(NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Consoante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os reajustes para os planos podem ocorrer em três situações: por revisão técnica (tipo de reajuste que está, correntemente, suspenso), que consiste em aumentar os preços dos planos, após autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para sanar um desequilíbrio econômico; por mudança de faixa etária, regra comum a todos os planos, inclusive os individuais, de acordo com critérios definidos pela legislação e pela ANS; e por variação de custos, que pode ser feito uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato.

Nos planos individuais, a aplicação de cláusula de reajuste por variação de custos depende de prévia autorização da ANS, segundo o art. 35-E, §2º, da Lei nº 9.656, de 1998. Até 2018, a metodologia utilizada pela ANS para calcular o índice máximo de reajuste dos planos individuais levava em consideração a média dos percentuais de reajuste aplicados pelas operadoras aos planos coletivos com mais de 30 beneficiários. Em 2018, a ANS editou uma norma que criou um novo índice de reajuste, que seria resultado da combinação proporcional de dois outros índices.

No entanto, nos planos coletivos, que são os mais comuns no mercado (cerca de 81% dos beneficiários atuais enquadram-se nessa modalidade de contratação[62]), o índice de reajuste por variação de custos é definido, na maioria esmagadora dos casos[63], conforme as normas contratuais livremente estabelecidas entre a operadora de planos de saúde e a empresa ou instituição que contratou o plano.

Acreditamos, todavia, que essa situação é injustificável. Não só os planos individuais, mas também os coletivos, devem ter seu fator de reajuste regulado por um índice calculado segundo critérios objetivamente aferíveis no mercado, que promovam uma relação justa para as operadoras e os consumidores. Se o objetivo do reajuste de custos é promover o equilíbrio financeiro dos planos, não se podem diferenciar os

[62] http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao

[63] Com a finalidade de proteger os beneficiários de contratos com número reduzido de pessoas, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 309, de 24 de outubro de 2012, por meio da qual decidiu que as operadoras de planos de saúde deverão agrupar seus contratos coletivos com menos de 30 vidas num grupo único para aplicação do reajuste. O objetivo da medida, que começou a valer para os reajustes feitos a partir de maio de 2013, foi o emprego de índices uniformes para esses contratos com menor capacidade de negociação junto às operadoras.

critérios de reajuste de planos individuais e coletivos.

O reajuste de preço dos planos de coletivos não pode ser decidido livremente. A ANS tem de exercer seu poder regulatório para estabelecer limites de aumento nesse tipo de contratação.

A origem dessa proposta vem do PLS nº 100/2015, de autoria do ex-senador Cássio Cunha Lima, arquivado ao final da última legislatura. No entanto, nessa proposta, alteramos o dispositivo legal a ser modificado, qual seja, o artigo 35-E da lei nº 9.656/1998, por entendermos ser mais adequado e efetivo ao que se propõe.

Pedimos, portanto, apoio aos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 4 de junho de 2019.

Deputado RUY CARNEIRO

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar -

ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os

consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935,*

de 11/5/2009)
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar

em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 3.392, DE 2019

(Do Sr. Fábio Faria)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, para dispor sobre o atendimento médico na rede privada conveniada do SUS, com ou sem mediação judicial, quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial a pacientes portadores de moléstias graves e/ou com risco iminente de morte.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-590/2007.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O Art. 24 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo, renumerando-se os demais:

"§2º Quando se tratar de pacientes diagnosticados com moléstia graves ou com risco iminente de morte, e as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir-lhes a cobertura assistencial dentro do prazo crítico estabelecido por médico da rede pública para o atendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) deverá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada conveniada.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor 90 (noventa) dias a partir de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A atual Carta Magna brasileira revolucionou a questão da saúde, estendendo esse direito a todas as pessoas, impondo ao Estado a obrigação de prestar a assistência integral à saúde. O artigo 196 diz que "A saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". A Constituição de 1988 mudou o paradigma de acesso à saúde no Brasil ao criar para os governos o dever de efetivar o direito à saúde por meio de políticas sociais e econômicas.

A saúde foi reconhecida como um direito social fundamental pela Constituição Federal e decorre diretamente do princípio da dignidade da pessoa humana, que é um dos pilares da Constituição Cidadã. É que se lê na obra do Ministro Barroso, "*O Estado constitucional de direito gravita em torno da dignidade da pessoa humana e da centralidade dos direitos fundamentais. A dignidade da pessoa humana é o centro de irradiação dos direitos fundamentais, sendo frequentemente identificada como o núcleo essencial de tais direitos"* (Luís Roberto Barroso, 2009, p.10).

Pelo princípio Constitucional, todos brasileiros têm direito à saúde, que vem sendo prestada essencialmente pelo SUS, todavia, de forma muito deficitária, quer seja no pronto atendimento ou no tratamento ambulatorial.

Vale ressaltar que, mesmo em vigência há sete anos, a Lei nº 12.732/2012 que estabelece um prazo máximo de 60 dias para o tratamento de pacientes com câncer ainda não é cumprida integralmente. Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, o tempo médio era de 81 dias para o início do tratamento.

Corroborando com a tese de que o sistema público de Saúde no Brasil chegou ao nível de "terra arrasada", conforme revela matéria de jornal de grande circulação, de 21/05/2019, da jornalista Raquel Honorato-RJ: "*Após 9 anos de espera por cirurgia, idoso morre sem conseguir prótese no Into. Aos 69 anos, Carlos Augusto de Abreu aguardava procedimento desde 2010. Ele morreu na segunda-feira na 40ª posição na fila. Defensoria diz que há 12 mil pessoas em filas do instituto. Depois de nove anos de espera por uma cirurgia no Instituto de Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), Carlos Augusto de Abreu e Silva, de 69 anos, morreu na segunda-feira (20) sem conseguir uma nova prótese de quadril. A espera pela cirurgia começou em 2010, quando ele entrou na fila para conseguir uma revisão da prótese que havia colocado na região do quadril após se acidentar no ano de 2005. Naquela época, Carlos entrou na fila com o número 182. Enquanto esperava pela revisão, ele se machucou novamente e deslocou a prótese, tendo uma retração do osso do quadril, o que dificultava a locomoção. Os médicos informaram que, mesmo naquela condição, Carlos Augusto deveria aguardar na mesma fila de espera. Em 2018, já com uma infecção, Carlos ainda aguardava, com a prótese deslocada, pela revisão e nova cirurgia. O número que ele ocupava na fila era o 46. (…) Segundo a Defensoria Pública, mais de 12 mil e 500 pessoas aguardam na fila do Into por uma prótese. (…) Dois ex-diretores do Into foram presos pela Operação Lava Jato no Rio, suspeitos de participação no desvio de dinheiro para compra de materiais pra cirurgias ortopédicas. Um deles, André Loyelo, estava à frente do instituto quando foi preso em julho do ano passado*. ".

Este atendimento deficitário fica cristalino em quaisquer outros levantamentos estatísticos a respeito do tema. Apenas por conta de câncer, dados da Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBRT), de 2018, revelam que cerca de 5 mil pessoas morrem no Brasil todo ano por falta de atendimento de radioterapia. Em outro levantamento, do Ministério Público Federal (MPF), dados revelam que 581 pessoas morreram na fila de espera do Sistema Único de Saúde (SUS), só em uma cidade do Brasil, Bauru, no interior de São Paulo, entre janeiro de 2009 e junho de 2013. A maioria não conseguiu atendimento ou remoção para leitos por falta de vagas no SUS, e acabaram morrendo no próprio pronto socorro.

No Distrito Federal, a situação é semelhante: relatório interno do Governo do Distrito Federal, divulgado em 05/02/2018, revela as consequências da insuficiente oferta de leitos: em 2 anos e meio, 1.261 pessoas morreram esperando vagas na UTI no DF. Entre os óbitos, pacientes cujas famílias procuraram a Justiça, e obtiveram decisão favorável entre cinco e seis horas depois. Embora a determinação tenha chegado ao conhecimento da unidade hospitalar, não disponibilizaram os leitos reclamados, descumprindo a ordem judicial e condenando à morte brasileiros vítimas do sistema precário de saúde do país.

Neste sentido, importante decisão sobre saúde, que merece destaque especial foi proferida pelo Excelso Supremo Tribunal Federal:

"O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado" (RE 267.612 – RS, DJU 23/08/2000, Rel. Min. Celso de Mello).

Objetivando instrumentalizar o direito ao atendimento médico no Brasil, e também no sentido de mitigar o atual fenômeno da "judicialização da saúde", atualmente o principal meio de acesso a esse direito fundamental, o presente Projeto de Lei aponta caminho para que o Estado cumpra com seu papel constitucional e para que o direito fundamental à vida seja realmente garantido.

Pelo proposto, o acesso do paciente grave a atendimento médico não careceria da mediação judicial, bastando para isso: o requerimento médico de tratamento convencional àquele paciente, a entrada da demanda no sistema SUS e a eventual negativa dessa prestação. Com esse relatório em mãos, o paciente grave estaria apto

a ser acolhido, de imediato, para atendimento médico na rede conveniada particular de saúde.

Diante do exposto, rogo o apoio dos Nores Pares para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das sessões, em 6 de junho de 2019.

Deputado **FÁBIO FARIA**
PSD/RN

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....

TÍTULO III
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
.....

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.
Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS.
.....
.....

LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.
Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.
Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.
§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no *caput*, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.
§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.657, DE 2019

(Do Senado Federal)

PLS Nº 502/17
OFÍCIO Nº 415/19 - SF

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), para isentar o beneficiário do cumprimento de períodos de carência nos casos de urgência e emergência e para reduzir para cento e vinte dias o período de carência nas internações hospitalares.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), passa a vigorar com a seguinte redação**:**

"Art. 12. .....

.....

V – .....

.....

d) prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias para internações hospitalares;

.....

§ 6º O consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, é isento do cumprimento de períodos de carência nos casos de urgência e emergência." (NR)

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde), passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 35-C. .....

.....

§ 1º .....

§ 2º É vedada a utilização de expedientes que impeçam ou dificultem o atendimento em casos de urgência ou emergência, inclusive exigência de autorização prévia." (NR)

Art. 3º Revoga-se a alínea "c" do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de

1998 (Lei dos Planos de Saúde).

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 18 de junho de 2019.

Senador Davi Alcolumbre
Presidente do Senado Federal

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras

de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra

PROJETO DE LEI N.º 3.918, DE 2019

(Do Sr. Eli Borges)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir direitos às pessoas com doenças degenerativas.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1076/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir direitos às pessoas com doenças degenerativas.

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VIII:

"Art. 12. .....

.....

VIII – reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, das despesas efetuadas pelo beneficiário com doença degenerativa, para o custeio de atendimento com profissionais de saúde, na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador na rede assistencial que seja capacitado para oferecer o serviço demandado, respeitada a segmentação contratada, nos termos de regulamento.

....." (NR)

Art. 3º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 30-A:

"Art. 30-A. O Sistema Único de Saúde deverá privilegiar a formação de profissionais de saúde capacitados a assegurar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com doenças degenerativas."

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com o art. 10, "caput", da Lei nº 9.656, de 1998, as operadoras de planos de saúde devem garantir cobertura às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

Dessa maneira, os pacientes com doenças degenerativas que sejam beneficiários de planos de saúde têm direito a utilizar todos os serviços da rede própria, contratada ou credenciada em busca de tratamento adequado à redução do ritmo da progressão da doença ou até mesmo do alívio dos sintomas que lhes afligem.

No entanto, nem sempre o profissional capaz de dar ao beneficiário o tratamento apropriado à sua doença é um prestador contratado pela operadora. Nesses casos, quando o contrato do consumidor de planos de saúde não prevê o reembolso pelo atendimento fora da rede da operadora, ele é obrigado a custear o atendimento com recursos próprios. Porém, relevante parte das pessoas com doenças degenerativas não tem condições de custear, ao mesmo tempo, planos de saúde e atendimentos particulares.

Acreditamos que essas pessoas apresentam um quadro de saúde peculiar que demanda tratamentos específicos. Quando esses não são realizados por profissionais capacitados ou são feitos na periodicidade incorreta, consequências terríveis, como a

progressão acelerada da doença, podem ocorrer.

Um exemplo de pessoas com moléstias degenerativas que muitas vezes passam por essa situação de desassistência são os pacientes com a Doença de Charcot-Marie-Tooth, que é uma neuropatia hereditária que afeta os nervos que controlam o movimento dos músculos e os que transportam informações sensoriais ao cérebro. Essas pessoas necessitam de um acompanhamento fisioterápico especializado voltado à manutenção da integridade muscular e nervosa, para favorecer sua recuperação motora, funcional e neuropsicológica. No entanto, se receberem tratamento inadequado, por profissionais não especializados, sua qualidade de vida tende a declinar[64].

Com vistas a dar uma solução para este problema, apresentamos este PL. Se ele for aprovado, garantiremos reembolso ao beneficiário de planos de saúde com doença degenerativa que efetuar despesas na hipótese de indisponibilidade ou inexistência de prestador na rede assistencial que seja capacitado a oferecer o serviço demandado.

Ademais, por meio deste PL, propomos a alteração da Lei Orgânica da Saúde, para que o SUS privilegie a formação de profissionais de saúde capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa com doenças degenerativas. Com isso, esperamos garantir atendimento condigno aos pacientes com doenças degenerativas também na Saúde Pública.

Em razão de todo o exposto, pedimos apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 8 de julho de 2019.

Deputado ELI BORGES

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de

[64] https://blogfisioterapia.com.br/doenca-de-charcot-marie-tooth/

custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação

dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*

.....

.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

.....

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

.....

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

DOS RECURSOS

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.935, DE 2019

(Da Sra. Lídice da Mata)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para determinar a disponibilização de boleto bancário como um dos meios de pagamento oferecido aos usuários.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3940/2004.

Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei acrescenta novo § 7º ao art. 17-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para determinar a disponibilização de boleto bancário como um dos meios de pagamento oferecido aos usuários.

Art. 2º O art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 7º:

“Art. 17-A .....

§ 7º Os planos e seguros privados de assistência à saúde ficam obrigados a oferecer boleto bancário como um dos meios de pagamentos disponibilizados aos usuários.” (NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor em noventa dias a contar da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O boleto bancário é o meio de pagamento mais conhecido e utilizado pelo povo brasileiro, sobretudo pelos mais idosos. A população mais idosa e, especialmente, de menor renda, não consegue acompanhar a revolução tecnológica tão veloz verificada nos últimos tempos.

A realidade que acabamos de relatar faz com que muitos desses consumidores idosos se tornem dependentes de terceiros para poder efetuar os pagamentos de suas próprias contas. Esse é um problema geral, mas se agrava quando a questão em jogo é a saúde do consumidor.

Os planos de saúde privados não são instituições de caridade, e, por isso, não costumam facilitar a vida de quem, independente do motivo, deixou atrasar a mensalidade.

Nossa proposta é simples e de fácil aplicação, além de não ter praticamente custo algum para as empresas fornecedoras dos planos de saúde. No entanto, para o consumidor dos serviços prestados pelos planos de saúde representa toda a diferença, desde que terá em mãos um documento físico com valor e data de vencimento, facilitando o pagamento do mesmo, até mesmo em qualquer agência bancária, estabelecimento lotérico ou outro correspondente bancário localizados nos milhares de municípios brasileiros.

Ante o exposto, peço aos nobres pares o necessário apoio para a aprovação deste projeto em nome da defesa dos usuários de planos de saúde em todo o pais.

Sala das Sessões, em 9 de julho de 2019.

DEPUTADA LÍDICE DA MATA
(PSB-BA)

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. 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)*
§ 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)*
Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos

privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.
§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.
§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:
I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.
§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.
§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.
§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo *(Artigo acrescido 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 4.410, DE 2019

(Do Sr. Julio Cesar Ribeiro)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tratar de direitos de beneficiários idosos de planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4570/2001.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tratar de direitos de beneficiários idosos de planos de saúde.

Art. 2º O art. 15 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.15. .....

§ 1º É vedada a variação a que alude o "caput" para consumidores com mais de sessenta anos de idade.

§ 2º As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem inserir em panfletos, catálogos ou quaisquer outros instrumentos de venda ou divulgação de seus produtos e serviços a seguinte frase: 'É vedada a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade para consumidores com mais de sessenta anos de idade'.

§ 3º O descumprimento das determinações deste artigo sujeita o infrator às penalidades previstas nesta Lei e em seus regulamentos." (NR)

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

"Art. 14-A. Nos casos em que não for possível fornecer resposta imediata à solicitação de beneficiários idosos para procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial, as operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei terão o prazo máximo de vinte e quatro horas para apresentá-la.

Parágrafo único. O descumprimento da determinação prevista no "caput" sujeita o infrator às penalidades previstas nesta Lei e em seus regulamentos."

Art. 4º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias, a partir da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Há, no ordenamento jurídico pátrio, diversas normas que têm como objetivo a proteção dos consumidores de planos de saúde idosos. A Lei nº 9.656, de 1998[65], conhecida como "Lei de Planos de Saúde", determina, em seu art. 14, que, em razão da idade do consumidor, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. O Estatuto do Idoso[66], por sua vez, estabelece, em seu art. 15, § 3º, que é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Acreditamos que, para que essas normas sejam efetivamente cumpridas, é preciso que os próprios beneficiários de planos de saúde estejam cientes de que elas existem. Uma boa forma de conscientizá-los a respeito disso é a disponibilização, pelas operadoras de planos, de alertas em panfletos, catálogos ou quaisquer outros instrumentos de venda ou divulgação de seus produtos. Por meio deste PL, almejamos fazer com que essa disponibilização seja uma obrigação das pessoas jurídicas que comercializam planos de saúde.

Destacamos que, ao redigirmos essa Proposição, modificamos o teor do parágrafo único do art. 15 da Lei, renumerado como parágrafo primeiro, uma vez que, com a vigência da Lei nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso), a sua segunda parte foi tacitamente revogada. Assim, para conferimos juridicidade ao texto legal, promovemos essa adequação, extirpando do dispositivo aquilo que, de fato, não existe mais no sistema jurídico.

Neste PL, também abordamos outro assunto ligado aos direitos das pessoas idosas que merece ser aperfeiçoado. Trata-se da questão dos prazos para respostas das solicitações de beneficiários com mais de sessenta anos. Atualmente, uma razão que tem suscitado muitas reclamações de consumidores de planos de saúde é a dificuldade de obtenção de resposta às solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial de forma tempestiva. Embora a legislação infralegal preveja prazos máximos para a manifestação das operadoras nessas situações específicas, nem sempre elas cumprem essa determinação. Para piorar, não existe nessas normas um critério de priorização para as pessoas idosas.

Consideramos que é uma questão de equidade garantir que as pessoas com mais de sessenta anos tenham as suas solicitações apreciadas com maior celeridade pelas operadoras. O próprio Estatuto do Idoso já deixou claro que é obrigação de todos assegurar ao idoso, como absoluta prioridade, o atendimento preferencial. A proposta contida nesta Proposição evidenciará que, no âmbito da Saúde Suplementar, se não for possível oferecer às pessoas idosas resposta imediata a suas demandas, as operadoras dispõem de, no máximo, vinte e quarto horas para fazê-lo.

Diante do exposto, pedimos apoio aos nobres pares para a aprovação deste PL. Com a sua conversão em Lei, estaremos fazendo a nossa parte na garantia de direitos àqueles que tanto já contribuíram para o progresso deste País.

[65] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm
[66] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

Sala das Sessões, em 13 de agosto de 2019.

Deputado JULIO CESAR RIBEIRO

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. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
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)*
.....
.....

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO IV
DO DIREITO À SAÚDE

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.
§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:
I - cadastramento da população idosa em base territorial;
II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento:
I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou
II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.896, de 18/12/2013)*
§ 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.466, de 12/7/2017)*
Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.460, DE 2019

(Do Sr. Lincoln Portela)

Altera a Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, "que dispõe sobre a

proteção do consumidor e dá outras providências", para configurar como prática abusiva a recusa indevida de cobertura por operadora de plano de saúde e assegurar o direito a reparação por danos morais ao consumidor lesado por essa prática.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7419/2006.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, "que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências", para configurar como prática abusiva a recusa indevida de cobertura por operadora de plano de saúde e assegurar o direito a reparação por danos morais ao consumidor lesado por essa prática.

Art. 2º O artigo 39 da Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes inciso XV e § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único para § 1º:

Art. 39 .....

.....

XV – recusar indevidamente, no âmbito de contrato de plano de saúde, cobertura de tratamento, medicamento ou material essencial para a preservação da saúde do consumidor.

§ 1º .....

§ 2º Na hipótese prevista no inciso XV, é devida indenização a título de dano moral ao consumidor lesado. (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo do Projeto é estabelecer, de modo expresso na Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor – CDC), que a recusa injustificada de cobertura ao segurado por parte de operadora de saúde constitui comportamento abusivo e sujeitar os fornecedores que efetivem essa prática ao dever de indenizar o consumidor pelos danos morais causados.

A Política Nacional das Relações de Consumo, com fundamento no reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo, tem como objetivo atender as necessidades dos consumidores, assegurando o direito a sua dignidade, saúde e a proteção de seus interesses econômicos.

Lamentavelmente, apesar dos constantes esforços administrativos, judiciais e legislativos voltados a propiciar o atendimento desse objetivo, as deficiências na estrutura de defesa do consumidor permanecem, involuntariamente, contribuindo para

que determinadas práticas abusivas persistam.

Afinal, se os comportamentos lesivos não sofrem repressão adequada e não resultam em aumentos de custos para os fornecedores que os praticam, o descumprimento contumaz das leis consumeristas acaba por se mostrar financeiramente mais vantajoso para eles do que a modificação ou o aprimoramento de seus padrões de produção, comercialização, prestação de serviços e relacionamento com os consumidores.

Um caso emblemático – e particularmente dramático – consiste na insidiosa conduta de negar tratamento médico a segurados de planos de saúde. Embora, quando indevido, configure óbvio descumprimento contratual e possa dar margem a indenização por perdas e danos materiais, comportamento assim – desumanamente praticado em momento de extrema fragilidade física e emocional do paciente – não caracteriza expressamente uma prática abusiva suscetível de sanção administrativa pelos órgãos de defesa do consumidor. Tampouco enseja, apesar do sofrimento psíquico causado ao segurado, a certeza de que os danos morais serão ressarcidos.

Tem sido necessária a atuação de corte superior judicial para assegurar que um descumprimento contratual como esse traduz, sim, uma conduta abusiva e que ofende a integridade moral do paciente, razão pela qual os danos causados devem ser ressarcidos pela operadora de saúde. Esse vem sendo o posicionamento pacífico do Superior Tribunal de Justiça, como são exemplos os julgamentos do AgRg 1.325.733 (“É abusiva a negativa de cobertura pelo plano de saúde”) e do AgRg 718.634 (“Nas hipóteses em que há recusa injustificada de cobertura por parte da operadora de plano de saúde para tratamento do segurado, a orientação desta Corte é assente quanto à caracterização de dano moral”).

Nesse contexto, entendemos que é chegado o momento de positivar essa orientação jurisprudencial no Código de Defesa do Consumidor, afastando incertezas jurídicas para os operadores do direito do consumidor e assegurando que a recusa indevida de tratamento médico sujeitará as operadoras de planos de saúde às penalidades previstas no Código e ao pagamento de danos morais ao consumidor lesado. Temos a convicção que tais medidas fornecerão consistente desestímulo à reiteração desses abusos ainda tão frequentes.

Submetendo o presente Projeto de Lei à apreciação desta Casa, solicitamos a colaboração dos ilustres Pares para seu aperfeiçoamento e aprovação.

Sala das Sessões, em 14 de agosto de 2019.

Deputado Federal **Lincoln Portela**
PL/MG

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 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO V
DAS PRÁTICAS COMERCIAIS

.....

Seção IV
Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;
II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;
III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;
IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;
V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;
VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;
VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;
VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);
IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
XI - *Dispositivo acrescido pela Medida Provisória nº 1.890-67, de 22/10/1999, transformado em inciso XIII, em sua conversão na Lei nº 9.870, de 23/11/1999*
XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.870, de 23/11/1999)*
XIV - permitir o ingresso em estabelecimentos comerciais ou de serviços de um número maior de consumidores que o fixado pela autoridade administrativa como máximo. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.425, de 30/3/2017, publicada no DOU de 31/3/2017, em vigor 180 dias após a publicação)*
Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.
Art. 40. O fornecedor de serviço será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio discriminando o valor da mão-de-obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços.
§ 1º Salvo estipulação em contrário, o valor orçado terá validade pelo prazo de dez dias, contado de seu recebimento pelo consumidor.
§ 2º Uma vez aprovado pelo consumidor, o orçamento obriga os contraentes e somente pode ser alterado mediante livre negociação das partes.
§ 3º O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos decorrentes da contratação de serviços de terceiros não previstos no orçamento prévio.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.608, DE 2019

(Do Sr. Felipe Carreras)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, determinado que planos com até 30 pessoas sejam equiparados aos contratos individuais.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-10700/2018.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

“Art. 1º O art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa

a vigorar acrescido do paragrafo 9º, com a seguinte redação:

‘Art. 35 .....

.....

§9º os planos coletivos com até 30 vidas serão regulados nos termos dos planos individuais conforme disciplinado nesta lei.”

Art. 2º Esta lei entra em vigor 180 dias da data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa 309 (RN 309), os reajustes contratuais para planos Coletivos Empresariais e por Adesão passam a ter uma nova metodologia de cálculo, considerando o agrupamento de empresas com menos de 30 beneficiários no plano.

Tal medida apresenta uma preocupação relevante e justa para a população, que os planos coletivos de grupos pequenos que podem exercer menor pressão na relação de consumo tenha um tratamento diferenciado.

Porém, como amplamente divulgado pela imprensa essa modalidade passou a ser chamada de “falsos coletivos”, pois as operadoras viram nesta modalidade uma possibilidade de vender planos de natureza individual de forma coletiva. O cerne da questão é que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entende que nos casos de planos coletivos ela não tem o poder de regular da mesma forma que nos planos individuais.

Notadamente, observamos um crescente aumento de judicialização em face dessa deturpação da regra, ao mesmo tempo, vemos um crescimento de novas adesões nesta modalidade.

Observamos claramente que o consumidor se vê ludibriado, , ao optar por essa

modalidade ao reparar que os reajuste praticados são muito superiores aos dos outros planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) determina que os reajustes são únicos para essa modalidade de contrato. O porcentual é definido pela operadora, aplicado uma vez por ano.

Num documento oficial, a própria autarquia reconhece falhas na forma do reajuste. De acordo com a nota, de 2017, a ANS observa que determinadas operadoras usavam fatores estatísticos para impulsionar os reajustes "mesmo que a sinistralidade do período seja inferior à meta de sinistralidade estipulada pela operadora."

Em 2019, o reajuste médio dos falsos coletivos foi de 14,74%. Bem acima dos 10% determinados para reajustes individuais e da variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no período, que foi de 4,66%.

Das 5,2 milhões de pessoas vinculadas a contratos falsos coletivos, 4,4 milhões (o equivalente a 86%) sofreram reajuste superior ao aumento das mensalidades de planos individuais. Uma das operadoras, que concentra 20% dos clientes, o reajuste foi de 18,9% - 8,9% a mais do que o reajuste do plano individual.

Precisamos dar um basta nesta farra das operadoras de planos de saúde, por isso apresentamos o presente projeto para que estes planos tenham as mesmas características que um plano individual, assim garantimos maior assertividade da agencia reguladora e consequentemente ampliamos a rede de proteção ao usuário.

Conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, 21 de agosto de 2019.

Deputado Felipe Carreras
PSB/PE

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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração

quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001* e *com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001* e *com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001* e *com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001,* e *declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 309, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012
Dispõe sobre o agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para fins de cálculo e aplicação de reajuste.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º; os incisos II, XVII e XXI e XXVIII e XXXII do artigo 4º; e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; os incisos II, XVII, XIX, XXII, XXIX e XXXIII do artigo 3º do Decreto 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 24 de outubro de 2012, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o agrupamento de contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais e por adesão, firmados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para fins de cálculo e aplicação de reajuste.
Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica:
I - aos planos privados de assistência à saúde exclusivamente odontológicos;
II - aos contratos de plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de que trata o artigo 17 da RN n.º 279, de 24 de novembro de 2011 , que dispõe, em especial, sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998; e
III - aos planos privados de assistência à saúde com formação de preço pós-estabelecido.
Art. 2º Para os fins desta Resolução, considera-se:
I - agrupamento de contratos: medida que tem por finalidade promover a distribuição, para todo um grupo determinado de contratos coletivos, do risco inerente à operação de cada um deles;
II - contrato agregado ao agrupamento: contrato que integra o agrupamento de contratos, por conter, na data da apuração da quantidade de beneficiários, menos de 30 beneficiários ou a quantidade estabelecida pela operadora, conforme caput e § 1º do artigo 3º, observada a regra prevista no parágrafo único deste artigo;
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.941, DE 2019

(Do Sr. Valdevan Noventa)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatório o fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas especificadas em regulamento.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-8264/2017.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tornar obrigatório o fornecimento de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas especificadas

em regulamento.

Art. 2º O inciso VI do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 10.....

.....

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' e 'd' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12;

..... (NR)"

Art. 3º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. .....

I - .....

.....

d) cobertura de medicamentos para o tratamento domiciliar de doenças crônicas especificadas e em conformidade com as regras estabelecidas em regulamento, sendo facultada a adoção dos mecanismos de regulação previstos nesta Lei;

.....(NR)"

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A saúde suplementar é um setor de altíssima relevância para a população brasileira, já que mais de 45 milhões de pessoas são beneficiárias de planos de saúde no nosso País. As deficiências do SUS têm levado boa parte dos brasileiros a procurarem uma segurança na forma de um seguro de saúde, o que se traduz em uma considerável despesa recorrente no orçamento familiar.

Gastos com saúde estão em 4° lugar entre os gastos familiares, sendo que não só a mensalidade do plano explica esses números. Só os medicamentos já representam 48% do total dos gastos com saúde[67]. Essa situação leva muitas pessoas ao abandono do tratamento, ou para o uso irregular dos medicamentos, o que compromete o estado de saúde das mesmas.

De nada adianta ter acesso a consultas, exames, procedimentos e internações, se o paciente não tiver condições financeiras de aderir ao tratamento de manutenção, que pode estabilizar ou até mesmo reverter a doença.

Pensando nessa questão, entendemos que é o momento das operadoras de planos privados de saúde começarem a oferecer um componente de assistência farmacêutica, ainda que limitada ao tratamento de doenças crônicas.

[67] Pesquisa de Orçamento Familiar, 2008-2009.

Estudo realizado com uma operadora de planos de saúde com cerca de 200 mil beneficiários constatou que o fornecimento de medicamentos para doenças crônicas reduziu o número de internações em 32%, e de consultas em 17%[68]. Além disso, não se pode desprezar o ganho de qualidade de vida para esses pacientes, com prevenção ou adiamento de complicações limitantes.

João Paulo dos Reis Neto, ao descrever os resultados deste estudo, apontou que "a não cobertura de medicamentos ou serviços de suporte pode desestimular o autocuidado e a adesão aos programas. A associação do benefício farmacêutico com os programas de gerenciamento de doenças assegura o cumprimento dos planos terapêuticos e uso adequado dos medicamentos prescritos, potencializando os resultados".

Com base nisso, este Projeto de Lei pretende incluir a assistência farmacêutica como componente da saúde suplementar, nos planos que incluírem atendimento ambulatorial, e restritamente para o tratamento de doenças crônicas, nas condições a serem definidas pelo regulamento emitido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O fornecimento de medicamentos de doenças crônicas para a população segurada poderia trazer diversos benefícios clínicos, além da redução de custos com complicações ou procedimentos, no âmbito de um programa de acompanhamento, prevenção e promoção da saúde.

Pelo exposto, pedimos o apoio dos nobres colegas para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 10 de setembro de 2019.

Deputado VALDEVAN NOVENTA

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

[68] Neto JPR. Assistência farmacêutica e o gerenciamento de doenças crônicas. J Bras Econ Saúde 2012;42-48.

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.332, DE 2019

(Da Sra. Edna Henrique)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer regras de suspensão ou exclusão de beneficiários de planos coletivos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer regras de suspensão ou exclusão de beneficiários de planos coletivos.

Art. 2º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte §2º, renumerando-se o atual parágrafo único como §1º:

"Art. 13.....

§1º.....
.....

§2º A suspensão ou exclusão unilateral de beneficiário por motivo de inadimplemento dos produtos de que trata o **caput**, contratados coletivamente, só poderá ocorrer após não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que:

I - o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

II - o contrato firmado contenha cláusula específica que discipline os casos de inadimplemento por parte dos beneficiários, bem como as condições e prazo de pagamento. (NR)"

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos noventa dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Mais de 45 milhões de brasileiros são usuários da saúde suplementar, setor regulado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e pelas ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Desta parcela, uma boa parte tem dificuldade de manter o pagamento das mensalidades do plano, que são reajustadas anualmente, por índices superiores à inflação. Soma-se a isso o fato do desemprego ter crescido na última década, sujeitando muitas pessoas ao subemprego ou dependência de parentes.

Essa população atendida pelos planos de saúde pode precisar dos serviços a qualquer momento. Porém, nem sempre é possível pagar as mensalidades no prazo, por falta de recursos ou mesmo esquecimento. Para evitar o cancelamento ou a suspensão desses planos devido a simples atrasos de pagamento, a Lei nº 9.656, de 1998, prevê uma regra que proíbe o desligamento do usuário em caso de falta de pagamento por um período de sessenta dias por ano.

Porém, essa medida só é válida para os planos individuais ou familiares. No caso dos planos coletivos empresariais ou coletivos por adesão, o que vale é a regra do contrato estabelecido entre a empresa ou administradora e a operadora. Isso pode levar à existência de cláusulas abusivas, que excluam o usuário, por exemplo, mesmo após atraso de pagamento de um único boleto.

Para se ter uma ideia do impacto disso, é importante apontar que mais de 80% dos beneficiários da saúde suplementar possuem planos coletivos, ou seja, sem a proteção ao inadimplemento de sessenta dias prevista em Lei.

Este Projeto de Lei pretende proibir a suspensão ou exclusão do usuário de plano de saúde de natureza coletiva em caso de não pagamento por até sessenta dias, regra que já existe para os planos individuais. Não se trata de criação de regra custosa para as operadoras, mas sim apenas de uma medida que leve à igualdade entre usuários da saúde suplementar, pelo menos nessa questão.

Diante do exposto, peço o apoio dos nobres colegas Parlamentares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 2 de outubro de 2019.

Deputada **EDNA HENRIQUE**
PSDB/PB

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.346, DE 2019

(Do Sr. Olival Marques)

Altera a redação da alínea "c", do inc. I, do art. 12, da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-8264/2017.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a alínea “c”, do inc. I, do art. 12, da Lei 9.656, de 03 e junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à Saúde.

Art. 2º A alínea “c”, do inc. I do art. 12, da Lei 9.656, de 03 e junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à Saúde, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12 São facultadas a oferta, a 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:

I – Quando incluir atendimento ambulatorial:

(...)

c) cobertura de tratamentos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; **(NR)**

Art. 3º Esta Lei entre em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Diante do diagnóstico de uma doença grave, não fica apenas a dor causada pelo

atual quadro clínico, mas surge também a preocupação com os altos custos de medicações que podem advir e o medo de falta de suporte financeiro para a nova situação vivenciada.

Prosseguindo, os pacientes costumam recorrer aos planos de saúde solicitando o custeio tanto da medicação, quanto de tratamentos complementares, obtendo, em geral, respostas negativas do convênio, sob o argumento de não haver previsão legal, exceto nos casos de neoplasia, conforme estabelecido no art. 12, inc. I, alínea "c", da Lei 9.656/1998.

Contudo, limitar o fornecimento de medicamento as doenças neoplásicas em detrimento das demais moléstias graves é totalmente infundado, haja vista que todas as enfermidades devem ter o mesmo direito em relação ao alcance de seu tratamento.

Ademais, há convicção de que os assistidos/consumidores que contribuíram por longa data com seu plano de saúde não podem ficar desamparados quando necessitam dos medicamentos necessários a manutenção de sua saúde.

Assim sendo, uma vez prescrito o tratamento pelo médico de confiança do paciente, ou seja, aquele que o acompanha, não cabe ao plano de saúde escolher a forma de tratamento, se conceder ou não a medicação, sob pena de adentrar na própria prescrição clínica.

Se assim fosse, seria equivalente a dizer que o convênio de saúde passasse a decidir qual o melhor modo de cuidar do paciente, o que não lhe é permitido, haja vista que o médico é dotado de soberania para decidir qual a melhor forma de tratamento para seu paciente, restando, em nosso entendimento, o dever de o plano de saúde custear medicações e eventuais tratamentos supervenientes.

Nesse sentido, havendo cobertura para a doença, consequentemente deverá haver cobertura para o procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano.

Ademais, tem-se que as negativas de planos de saúde para fornecimento de medicamento, sob o argumento de não haver previsão legal, exceto nos casos de neoplasia, conforme estabelecido no art. 12, inc. I, alínea "c", da Lei 9.656/1998, não pode prevalecer em face do consumidor que contribui para seu convênio médico e tem a justa expectativa de que, quando necessário, obtenha a contraprestação do custeio de seu tratamento.

De modo proporcional, o custeio da medicação e de tratamentos necessários ao paciente pelo plano de saúde não traz prejuízos econômicos ao poderio de convênios. Ao contrário, protegem o consumidor num momento em que se encontra numa situação de vulnerabilidade, devendo ser amparado pelo plano de saúde para o qual custeou ao longo de sua vida, no momento em que espera a contraprestação devida e necessária para o adequado tratamento ao seu quadro clínico.

Assim sendo, ante todo o exposto, pede-se o apoio dos nobres pares para aprovação desta justa proposição, que acarretará, consigo, benefícios a uma parcela da

sociedade que por fatores estranhos a sua vontade são acometidas de doenças grave, incurável, crônica e autoimune.

Sala das Sessões, em 2 de outubro de 2019.

Deputado **OLIVAL MARQUES**

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado

constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 4º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 5º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 6º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 7º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:
a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para

acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 5.793, DE 2019

(Da Sra. Rejane Dias)

Dispõe sobre o direito dos pacientes internados a acompanhante em tempo integral

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5191/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre o direito do paciente internado à presença de acompanhante em tempo integral.

Art. 2º É facultada a todos os pacientes internados em estabelecimentos de saúde públicos e privados, em qualquer modalidade de internação, inclusive de terapia intensiva, a presença de um acompanhante em tempo integral, sendo permitido o revezamento entre acompanhantes.

Parágrafo único. O exercício do direito estatuído no caput está condicionado às possibilidades físicas do estabelecimento e ao cumprimento de:

I – prescrições e restrições determinadas por escrito pelos profissionais de saúde assistentes;

II – normas internas da instituição e do serviço onde o paciente se encontrar internado, incluindo, entre outros, cuidados de higiene, indumentária e horários;

Art. 3º Esta lei entra em vigor noventa dias após sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O avanço das técnicas da medicina e demais áreas da saúde neste começo de século

XXI permite diagnosticar e tratar doenças que até há não muito tempo eram verdadeiras sentenças de morte. Muito rápido, esse desenvolvimento técnico fez com que o ato de cuidar se tornasse mais frio e distante, muitas vezes ignorando o tão importante lado humano dos pacientes, que influencia, e muito, no processo de cura. É indiscutível, hoje se sabe, que a presença de um acompanhante faz uma grande diferença para o paciente, que se encontra fragilizado e deslocado de seu ambiente. O direito ao acompanhante é, não surpreendentemente, um dos pontos importantes do HumanizaSUS, a Política Nacional de Humanização instituída pelo Ministério da Saúde há mais de uma década.

Apesar disso, é muito raro encontrar acompanhantes em unidades de terapia intensiva (UTIs), justamente onde o paciente mais necessita de apoio. É fato que a rotina de trabalho desses serviços é intensa e estressante, mas é fato, comprovado por estudos científicos, que a presença de acompanhantes não aumenta esse estresse, pelo contrário; igualmente, o alegado aumento de risco de infecções pode ser perfeitamente controlado por uma rotina de higiene pessoal ao entrar e sair da unidade.

Há estudos, ainda, que demonstram que a permanência de familiares nas UTIs, ao melhorar as condições psíquicas e emocionais, contribui significativamente para reduzir o tempo de internação, em última análise baixando o risco de infecções nosocomiais e também contribuindo para economia e para a racionalização do sistema de saúde. A medida aqui proposta é positiva para todos os envolvidos.

Submeto, pois, o presente projeto de lei aos nobres pares, convicta de seu mérito e de sua viabilidade, e peço os necessários votos e apoio para aprová-lo e torná-lo realidade no menor tempo possível.

Sala das Sessões, em 30 de outubro de 2019.

Deputada REJANE DIAS

PROJETO DE LEI N.º 5.881, DE 2019

(Do Sr. Weliton Prado)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames complementares solicitados por nutricionistas, quando necessários ao acompanhamento dietoterápico.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 7267/2002 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 7267/2002 o PL 805/2011, o PL 4294/2016, o PL 10960/2018 e o PL 5881/2019, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames complementares solicitados por nutricionistas, quando necessários ao acompanhamento dietoterápico.

Art. 2º O inciso I do **caput** do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea "d":

"Art. 12.....

I - .....

.....

d) cobertura de exames, solicitados por nutricionistas, quando necessários ao acompanhamento dietoterápico;

....." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Brasil possui mais de 140 mil nutricionistas, atuando em diversas áreas da saúde humana, incluindo promoção da saúde, prevenção de agravos, e tratamento de distúrbios alimentares ou nutricionais. São profissionais de evidente relevância para a saúde pública, e também com grande atuação no mercado privado de saúde.

Mais de 47 milhões de brasileiros e brasileiras possuem planos privados de saúde, que têm suas regras estabelecidas pela Lei nº 9.656, de 1998, e sofrem regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O rol mínimo de procedimentos a serem cobertos pelos planos de saúde, em sua versão mais recente, prevê até seis consultas por ano com nutricionistas, com este limite aumentado para até 18 em determinados casos.

Embora esta regra de consultas esteja estabelecida, as operadoras de planos privados têm rejeitado a cobertura de exames laboratoriais solicitados pelos profissionais de nutrição, o que não faz nenhum sentido.

A Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão, prevê como atribuição a "solicitação de exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico". Esta competência, inclusive, é admitida até mesmo pela classe médica, como pode ser observado no parecer CRM MS nº 007/2005: "em acompanhamentos de tratamento/orientação dietética o nutricionista pode fazer a solicitação de exames complementares, como dita a lei".

Portanto, a negação de cobertura dos exames solicitados pelo profissional de nutrição no âmbito de um acompanhamento dietoterápico prejudica o paciente e não tem embasamento legal ou normativo.

Este Projeto de Lei pretende alterar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para incluir

na cobertura obrigatória dos planos que preveem atendimento ambulatorial, os exames laboratoriais solicitados por nutricionistas para o acompanhamento dietoterápico.

Tal medida beneficiaria milhões de brasileiros, sem aumentar de forma relevante os custos das operadoras de planos privados de saúde, razões pelas quais eu peço o apoio dos nobres colegas para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das sessões, em 06 novembro de 2019.

WELITON PRADO
DEPUTADO FEDERAL – PROS/MG

RICARDO IZAR
DEPUTADO FEDERAL – PP/SP

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

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. 1º A designação e o exercício da profissão de Nutricionista, profissional de saúde, em qualquer de suas áreas, são privativos dos portadores de diploma expedido por escolas de graduação em nutrição, oficiais ou reconhecidas, devidamente registrado no órgão competente do Ministério da Educação e regularmente inscrito no Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva área de atuação profissional.
Parágrafo único. Os diplomas de cursos de equivalentes, expedidos por escolas estrangeiras iguais ou assemelhadas, serão revalidados na forma da lei.
Art. 2º A carteira de identidade profissional, emitida pelo Conselho Regional de Nutricionistas da respectiva jurisdição é, para quaisquer efeitos, o instrumento hábil de identificação civil e de comprovação de habilitação profissional do nutricionista, nos termos da Lei nº. 6.206, de 7 de

maio de 1975, e da Lei nº. 6.583, de 20 de outubro de 1978.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 6.069, DE 2019

(Do Sr. Felipe Carreras)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para assegurar aos dependentes o direito à manutenção das condições contratuais em caso da morte do titular de plano privado de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5069/2016.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

"Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o parágrafo único como § 1º:

"Art. 13 .....

.....

§1º .....

§2º Em caso de morte do titular dos produtos de que trata o caput, é assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais "

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

JUSTIFICATIVA

O mercado de planos de saúde presta serviços para 47,2 milhões de beneficiários, o que representa cerca de 24,5% da população brasileira, segundo dados da ANS[69]. Desses 47,2 milhões, 80% é composto de planos de saúde coletivos e a tendência é que essa modalidade cresça ainda mais.

Tendo em vista esta tendência e que o beneficiário dependente pode em caso de falecimento do titular ficar sem a cobertura do plano é que propomos o presente projeto.

Assim garantimos ao dependente a manutenção em plano de saúde que seja mais vantajoso e respeitando a permanência contratual que pode ser um beneficio para a operadora também.

[69] Dados de setembro de 2016 da "Sala de Situação" da ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>. Acessado em: 17 de janeiro de 2019.

Conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, 20 de novembro de 2019.

Deputado Felipe Carreras
PSB/PE

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.142, DE 2019

(Do Sr. Coronel Tadeu)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a

obrigatoriedade de os planos e seguros privados incluírem a vacinação nos planos ou seguros-referência.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2538/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 passa a vigorar acrescida do seguinte § 4º:

" § 4º O plano ou seguro-referência de que trata este artigo incluirá obrigatoriamente a vacinação dos segurados e seus dependentes segundo recomendações das autoridades sanitárias."

Art. 2º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua

publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A ação de vacinar as pessoas contra agravos tem sido uma das armas mais importantes para reduzir a mortalidade infantil, diminuir a incidência de doenças graves em idosos e proporcionar melhor qualidade de vida para a população. Desta forma, julgamos que seja importante que as operadoras de planos e seguros de saúde absorvam esta atividade, inclusive tendo em vista a redução de seus custos. Isto seria decorrente da diminuição da incidência das doenças que estariam colaborando para evitar.

Considerando a relevância desta iniciativa, determinamos, com este projeto, que os planos de saúde incluam esta cobertura, essencial, a nosso ver, no plano-referência. Isto quer dizer que, em virtude de sua importância, a vacinação passará a integrar o elenco mínimo e padrão de serviços ofertados.

Diante da justeza da proposição, aguardamos o apoio dos ilustres Pares para vê-la aprovada.

Sala das Sessões, em 26 de novembro de 2019.

Deputado Coronel Tadeu
PSL-SP

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.448, DE 2019

(Da Sra. Edna Henrique)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para vedar a diferenciação entre pacientes beneficiários de planos de saúde e particulares na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-7501/2017.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para vedar a diferenciação entre pacientes beneficiários de planos de saúde e particulares na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

Art. 2º O art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 18. .....

.....

§ 1º .....

§ 2º É vedada a diferenciação entre pacientes beneficiários de planos de saúde e particulares na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O ordenamento jurídico pátrio apresenta uma fartura de regras que garantem a igualdade dos brasileiros. A Constituição Federal[70] e o Código de Defesa do Consumidor[71] são exemplos de normas nesse sentido.

No âmbito da saúde, igualmente, a proibição da diferenciação entre pacientes é patente. O Código de Ética Médica[72], em seu art. 23, deixa claro que é vedado ao médico tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto[73]. O Código de Ética da Odontologia[74] também segue essa linha. Proíbe qualquer forma de discriminação perpetrada contra o ser humano. E isso não é uma mera coincidência.

[70] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

[71] Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, acessível no seguinte endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm

[72] Aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931, de 2009, acessível no seguinte endereço eletrônico: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm

[73] O Parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 7, de 2000, estabeleceu que "diferenciar pacientes, dificultando muitas vezes fraudulentamente o acesso ao consultório, com simulação de falsas pletoras de agendas, na busca de transformar o doente do convênio em doente particular, é atitude eticamente reprovável, por fraudar, humilhar e subjugar o ser humano, com o agravante de fazê-lo quando este se encontra fragilizado pela doença".

[74] Aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 118, de 2012, acessível no seguinte endereço eletrônico: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf

Todos os códigos deontológicos das profissões de saúde do Brasil vedam a discriminação de pessoas.

Mesmo diante da existência de normas que proíbem a diferenciação entre pacientes, é muito comum que beneficiários de planos de saúde enfrentem dificuldades para marcar consultas com determinados profissionais. Artigo[75] publicado na "Gazeta online" mostrou que, na prática, boa parte das clínicas e dos profissionais procurados para marcação de consultas ou procedimentos dão preferência a pacientes particulares, ou seja, aqueles que bancam as consultas diretamente, com recursos próprios, sem intermediação de planos.

Atualmente, a Lei de Planos de Saúde[76] impõe que o consumidor de determinado plano, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, poderá ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada a clientes vinculados a outra operadora ou plano. Entretanto, não veda a discriminação de beneficiários de planos de saúde em relação a clientes particulares.

Acreditamos, assim, que, se convertermos este Projeto em Lei, supriremos essa lacuna e, consequentemente, beneficiaremos os cerca de 47 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares e 24 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos[77], que dedicam parte do seu orçamento para ter atendimento eficaz na Saúde Suplementar.

Em face do exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 16 de dezembro de 2019.

Deputada **EDNA HENRIQUE**
PSDB/PB

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.

[75] https://www.gazetaonline.com.br/noticias/cidades/2018/05/medicos-e-clinicas-dificultam-atendimento-para-quem-tem-plano-de-saude-1014129781.html

[76] Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, acessível no seguinte endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm

[77] http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4833-setor-de-planos-de-saude-encerra-o-ano-com-47-3-milhoes-de-beneficiarios

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
.....
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *(“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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;
III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:
I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
II - nome fantasia;
III - CNPJ;
IV - endereço;
V - telefone, fax e "e-mail"; e
VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.
.....
.....

RESOLUÇÃO CFM Nº 1931 DE 17 DE SETEMBRO DE 2009

Aprova o Código de Ética Médica.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e
CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;
CONSIDERANDO que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos

dispositivos constitucionais vigentes;
CONSIDERANDO a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;
CONSIDERANDO as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;
CONSIDERANDO as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.
CONSIDERANDO o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária de 17 de setembro de 2009.
RESOLVE:
Art. 1º Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.
Art. 2º O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.
Art. 3º O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.
Brasília, 17 de setembro de 2009

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

.....

CAPÍTULO IV
DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:
Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.
Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 6.530, DE 2019

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Obriga as operadoras de planos de saúde a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora submetidos a gastroplastia.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2066/2011.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1. Esta Lei altera a legislação nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente e respeitada a segmentação contratada.

Art. 2. O artigo da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 10-C - Cabe às operadoras dos produtos de que tratam inciso I e o § 1º do art. 1º, respeitada a segmentação contratada, o dever de custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente, nos termos de regulamento." (NR)

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

JUSTIFICATIVA

Trata-se de Projeto de Lei que visa obrigar as operadoras de planos de saúde a custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente e respeitada a segmentação contratada.

A ideia de que a cirurgia teria caráter apenas estético. Contudo, a cirurgia bariátrica – de cobertura obrigatória nos planos de saúde – implica consequências anatômicas e morfológicas que também devem ser atendidas pelo plano.

Há situações em que a cirurgia plástica não se limita a rejuvenescer ou a aperfeiçoar a beleza corporal, mas se destina primordialmente a reparar ou a reconstruir parte do organismo humano ou, ainda, prevenir males de saúde.

As resultantes dobras de pele ocasionadas pelo rápido emagrecimento também devem receber atenção terapêutica, já que podem provocar diversas complicações de saúde, a exemplo da candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odores e hérnias, não qualificando, na hipótese, a retirada do excesso de tecido epitelial procedimento unicamente estético, ressaindo sobremaneira o seu caráter funcional e reparador.

Com a indicação médica para cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional pós-cirurgia bariátrica, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado, ou que não teria previsão contratual.

Tendo em vista que não é suficiente a operadora do plano custear a cirurgia bariátrica, sendo fundamental o custeio também das cirurgias plásticas pós-bariátrica.

Dessa forma, a cirurgia reparadora é fundamental para a recuperação integral da saúde do usuário acometido de obesidade mórbida, inclusive com a diminuição de outras complicações e morbidades, não se configurando simples procedimento estético ou rejuvenescedor.

Face à enorme relevância do tema, conto com o apoio dos nobres pares para analisar, aperfeiçoar e aprovar este projeto de lei com a maior brevidade.

Sala das Comissões, 17 de dezembro de 2019.

Deputado **JUNINHO DO PNEU**

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou

participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação

decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 315, DE 2020

(Do Sr. Marcelo Calero)

Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação total ou parcial.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-582/2007.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1988, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” e nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama em casos de mutilação total ou parcial.

Art. 2º. O art. 10-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 10-A Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação total ou parcial. ” (NR)

Art. 3º. A ementa da Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reconstrutiva da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação total ou parcial. ” (NR)

Art. 4º. O art. 1º da Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º As mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva. ” (NR)

Art. 5º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

A atual legislação brasileira garante o direito à cirurgia de reconstrução da forma da mama apenas em casos de pacientes com câncer. Como indica a Resolução nº 1.483, de 1997, do Conselho Federal de Medicina, a reconstrução mamária, sempre que indicada com a finalidade de corrigir deformidade consequente de mastectomia parcial ou total, é parte integrante e indissociável do tratamento da doença para a qual houve indicação de mastectomia. A Resolução, que fundamentou as Leis nº 9.797, de 1999 e 9.656, de 1998, não indica, portanto, a cirurgia reparadora apenas em casos de câncer, mas em todo e qualquer procedimento que envolva mastectomia, total ou parcial.

Como tem sido consenso no meio, a reconstrução da mama deve ser incorporada ao tratamento de mulheres mastectomizadas a partir da perspectiva de humanização do procedimento, ampliando a visão de tratar pessoas e não apenas tumores ou lesões.

Como aponta o Parecer nº 27, de 1995, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, as mamas possuem três funções básicas: lactação, sexualidade e

morfológica, perpassando a composição da imagem corporal feminina. Uma mulher ao longo da vida, tem sua imagem corporal consolidada e sofre terrível abalo quando precisa ser submetida a procedimentos mutilantes.

Ao longo dos anos, ficou comprovada a inequívoca e flagrante gratificação das pacientes que se beneficiam com essas cirurgias e que sua qualidade de vida melhora significativamente. A participação das mamas na formação da imagem corporal é, sem dúvida, uma nobilíssima função, não podendo ser considerada secundária ou supérflua.

Desta forma, é evidente que deve ser direito das mulheres a cirurgia para reconstrução de mutilações da mama, seja por câncer ou por outros agravos que provocam consequências semelhantes. Nossa iniciativa, portanto, está baseada na justiça na recomposição de consequências de perdas totais ou parciais da mama por qualquer que seja a causa.

Para isto, pretendemos alterar a Lei 9.656, que já contém artigo prevendo a cirurgia, no entanto, restrita apenas a casos de câncer, e a Lei 9.797, de 6 de maio de 1999, que aborda o tema da mesma forma com relação ao Sistema Único de Saúde, tanto na ementa quanto no art. 1º.

Temos a convicção de que a iniciativa será amplamente apoiada e logrará sua incorporação ao arcabouço legal brasileiro muito em breve.

Sala das Sessões, em 13 de fevereiro de 2019.

Deputado **MARCELO CALERO**

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida*

Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer

bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

LEI Nº 9.797, DE 6 DE MAIO DE 1999

Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

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

Art. 1º As mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva.

Art. 2º Cabe ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no art. 1º, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias.

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.802, de 24/4/2013)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.802, de 24/4/2013)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no art. 1º desta Lei e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de cento e oitenta dias.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de maio de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.483, DE 11 DE SETEMBRO DE 1997

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença";

CONSIDERANDO que, na Medicina, o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade

profissional, e que ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão;
CONSIDERANDO que as mastectomias parciais e totais são procedimentos médico-cirúrgicos aceitos na literatura e prática médicas;
CONSIDERANDO que os procedimentos médicos de retirada total ou parcial da mama, para tratamento das enfermidades específicas, resultam em deformidades;
CONSIDERANDO que deformidades pós-mastectomia trazem mal-estar físico, psíquico e social para suas portadoras;
CONSIDERANDO o Parecer da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica, do CREMERJ e a Resolução CREMESP nº 80/97, sobre reconstrução mamária;
CONSIDERANDO que as ações de saúde devem contemplar a integralidade do atendimento;
CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de setembro de 1997,
RESOLVE:
Artigo 1º. A reconstrução mamária, sempre que indicada com a finalidade de corrigir deformidade conseqüente de mastectomia parcial ou total, é parte integrante do tratamento da doença para a qual houve indicação de mastectomia.
Artigo 2º. A indicação e a técnica devem ser definidas pelo cirurgião como a que melhor se aplica ao caso, podendo utilizar-se de tecidos do próprio indivíduo ou inclusão de materiais não orgânicos (próteses de silicone ou expansores) ou, ainda, qualquer outro material que venha a ser aplicável, desde que aprovado pelos órgãos competentes.
Artigo 3º. Os procedimentos na mama contralateral e as reconstruções do complexo aréolo mamilar são também parte integrante do tratamento.
Artigo 4º. A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 11 de setembro de 1997.

WALDIR PAIVA MESQUITA
Presidente
EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
2º Secretário

PROJETO DE LEI N.º 628, DE 2020

(Do Sr. Léo Moraes)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde

suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 35-N:

"Art. 35-N. Os reajustes das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, por variação de custos, serão limitados a índice estabelecido anualmente pela ANS.

§ 1º O índice previsto no **caput** deste artigo será válido para todos os tipos de contratação previstos no inciso VII do art. 16 desta Lei.

§ 2º Será considerada, como base para cálculo do índice previsto no **caput** deste artigo, compondo no mínimo 80% da proporção, a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde.

§ 3º Poderão ser utilizados no cálculo do índice previsto no **caput** deste artigo, de forma complementar, um fator de produtividade e um fator de ajuste de preços relativos intra-setor e entre setores."

Art. 3º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35-E. .....

.....

§ 2º. Nos contratos individuais ou coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

....." (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Mais de 47 milhões de brasileiros e brasileiras dependem de planos privados de assistência à saúde para atendimentos clínicos, realização de exames, internações e cirurgias. Este sistema de saúde suplementar é regulado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que estabelece limites para os contratos, para garantir que os usuários tenham acesso a cobertura adequada de serviços, sem cláusulas abusivas que inviabilizem sua utilização.

Entretanto, a questão dos reajustes por variação de custos, que ocorre anualmente, não foi regulada satisfatoriamente nesta Lei. Na atualidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define o índice máximo de reajuste anual, com base em diversos fatores relacionados aos aumentos de custos das operadoras de planos de saúde.

Este índice tem dois problemas principais. Em primeiro lugar, é definido sempre em

valores acima da inflação do mesmo período. Em 2017 e 2018, por exemplo, o fator aprovado pela ANS foi mais de três vezes superior à inflação apurada para os mesmos anos.

Em segundo lugar, este limite não se aplica aos planos coletivos ou empresariais, que atualmente correspondem a mais de 80% dos contratos vigentes. Ou seja, apenas um quinto dos beneficiários de planos de saúde têm esse limite de reajuste.

Este Projeto de Lei pretende estabelecer em Lei um regulamento que restrinja os aumentos anuais de planos de assistência privada à saúde, individuais, familiares ou coletivos, tomando como parâmetro principal o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde.

Desta forma, pretendemos evitar que os planos de saúde aumentem de valor de forma abusiva, motivo pelo qual pedimos o apoio dos colegas parlamentares.

Sala das Sessões, em 12 de março de 2020.

Deputado **LÉO MORAES**

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras

características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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)*
§ 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)*
.....
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 955, DE 2020

(Do Sr. Wladimir Garotinho)

Dispõe sobre a cobertura obrigatória dos planos de saúde quando o paciente se enquadrar em doenças que são declaradas pandêmicas pela Organização Mundial da Saúde, independente do seu grau de mortalidade.

NOVO DESPACHO:
Devido ao arquivamento do PL 4076/2001 nos termos do art. 105 do RICD, desapense-se do PL 4076/2001 o PL 71/2003, o PL 156/2003, o PL 311/2003, o PL 1603/2003, o PL 1777/2003, o PL 2474/2003, o PL 2934/2004, o PL 3058/2004, o PL 3940/2004, o PL 4164/2004, o PL 4632/2004, o PL 6510/2006, o PL 7600/2006, o PL 756/2007, o PL 1942/2007, o PL 2901/2008, o PL 5024/2009, o PL 5143/2009, o PL 5730/2009, o PL 7762/2010, o PL 657/2011, o PL 2328/2011, o PL 2538/2011, o PL 5963/2013 e o PL 955/2020, e, em seguida, apense-os ao PL 7419/2006

PROJETO DE LEI Nº , DE 2020
(Do Sr. Wladimir Garotinho)

"Dispõe sobre a cobertura obrigatória dos planos de saúde quando o paciente se enquadrar em doenças que são declaradas pandêmicas pela Organização Mundial da Saúde, independente do seu grau de mortalidade."

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a cobertura obrigatória dos planos de saúde quando o paciente se enquadrar em doenças que são declaradas pandêmicas pela Organização Mundial da Saúde, independente do seu grau de mortalidade.

Art. 2º Altera-se o dispositivo da alínea "b" inciso I do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, conforme a seguinte redação:

"Art. 12.....
.....
I - .....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos, demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente e doenças declaradas pandêmicas pela Organização Mundial da Saúde, independente do seu grau de mortalidade;"

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

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei visa proteger a saúde do paciente conveniado de plano de saúde, para que tenha seu direito resguardado para tornar obrigatório o exame de doenças declaradas como pandêmicas, independente do seu grau de mortalidade.

Recentemente, a Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou a Resolução Normativa - RN nº 453, de 12 de março de 2020, acrescentando os itens, SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – Pesquisa por RT-PCR, para cobertura obrigatória quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) definido pelo Ministério da Saúde.

Isso se deu em razão das operadoras de planos de saúde cancelar exames que não se enquadram em casos de urgência e emergência, causando nos conveniados temor e preocupação, diante do quadro de pandemia que o Brasil vem enfrentando.

Assim, a fim de não ficarmos presos a uma possível Resolução da ANS, que pode ou não obrigar os planos de saúde a tal atendimento, se faz necessário este Parlamento legislar sobre tema de tamanha importância. Necessitando assim, que seja incluída em nosso ordenamento jurídico a obrigatoriedade dos planos de saúde realizar exames de doenças que são altamente contagiosas, que possam causar proliferação do vírus em massa.

Dessa forma, conto com o apoio dos nobres Colegas para que aprove este projeto de lei, que visa proteger a saúde dos consumidores de plano de saúde, bem como de toda a sociedade.

Sala da Comissão, em de de 2020

WLADIMIR GAROTINHO
Deputado Federal

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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)*

.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 453, DE 12 DE MARÇO DE 2020

Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2020, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017; adota a seguinte Resolução Normativa e determina a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus.

Art. 2º O Anexo I da RN nº 428, de 2017, passa a vigorar acrescido do seguinte item, "SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - pesquisa por RT - PCR (com diretriz de utilização)", conforme Anexo I desta Resolução.

Art. 3º O Anexo II da RN nº 428, de 2017, passa a vigorar acrescido dos itens, SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - PESQUISA POR RT-PCR cobertura obrigatória quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) definido pelo Ministério da Saúde, conforme Anexo II desta Resolução.

Art. 4º Esta RN, bem como seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ROGÉRIO SCARABEL
DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO

PROJETO DE LEI N.º 1.070, DE 2020

(Da Sra. Benedita da Silva)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir reajustes de planos de saúde durante epidemias de grande proporção.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte

art. 15-A:

“Art. 15-A. Fica vedado, em caso de epidemias de grande proporção, o reajuste das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos termos do regulamento.”

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

JUSTIFICAÇÃO

A pandemia de COVID-19 é um desafio sanitário sem precedentes, com milhares de mortes e um colapso dos sistemas de saúde dos países mais afetados. O Brasil está com aumento significativo de casos a cada dia, e previsão de piora nas próximas semanas.

Quase 25% dos brasileiros e brasileiras possuem plano privado de saúde, da modalidade individual ou coletiva. Diante das medidas de isolamento adotadas, corretamente, pelos governos, enfrentaremos uma onda de queda da renda de brasileiros com atividade informal, além de desemprego, o que vai tornar difícil manter o pagamento regular das mensalidades.

Neste contexto, se houver reajuste nos próximos meses, muitas pessoas perderão seus planos, justamente numa época com risco aumentado de serem acometidos pelo sars-coronavírus-2, e possíveis complicações.

Pretendemos modificar a Lei nº 9.656, de 1998, para proibir os reajustes na vigência de epidemias como esta da COVID-19, protegendo os beneficiários da saúde suplementar.

Sala das Sessões, em 26 de março de 2020.

Deputada BENEDITA DA SILVA

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade

de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. *(Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.288, DE 2020

(Da Sra. Mariana Carvalho e outros)

Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que durante o período de calamidade pública os planos de saúde não sejam suspensos ou rescindidos por falta de pagamento.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

“Art. 13.....

.....

IV - o direito de não ter suspenso ou rescindido unilateralmente o contrato de prestação de serviços de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei, em qualquer hipótese, enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional em virtude de pandemias declaras pela Organização Mundial de Saúde.

JUSTIFICAÇÃO

A epidemia de Corona vírus, recentemente surgida na China, tomou proporções globais em um curto período de tempo, tendo alcançado o status de pandemia, segundo declaração da Organização Mundial da Saúde. No Brasil, segundo registros recentes, já morreram mais de sessenta pessoas e mais dois mil e quinhentos casos de COVID-19 já foram confirmados. No país inteiro já existe transmissão comunitária, que é aquela verificada quando as autoridades de saúde não conseguem rastrear a origem da infecção.

O Ministério da Saúde divulgou, nesta quinta-feira (26/03), que há 2.433 casos confirmados do novo coronavírus no Brasil. Até ontem, 59 pessoas morreram em meio à pandemia — 48 delas em São Paulo e 06 no Rio de Janeiro. Também já foi registrado um óbito nos Estados do Amazonas, de Pernambuco, do Rio Grande do Sul, Goiás.

Há casos confirmados em todos os Estados e no Distrito Federal, que estão distribuídos da seguinte forma pelo país: São Paulo (862), Rio de Janeiro (370), Ceará (200), Distrito Federal (160), Minas Gerais (133), Rio Grande do Sul (123), Santa Catarina (109), Bahia (84), Paraná (81), Amazonas (54), Pernambuco (46), Espírito Santo (39), Goiás (29), Mato Grosso do Sul (24), Acre (23), Rio Grande do Norte (14), Sergipe (16), Alagoas (11), Maranhão (8), Piauí (8), Roraima (8), Pará (7), Tocantins (7), Rondônia (5) e Amapá (1).

A região Sudeste concentra 57,9% dos casos confirmados no país. O Nordeste vem em seguida, com 15,8% dos casos.

Tendo em vista a necessidade de se conter o número de infecções como medida preventiva para adequar o número de casos mais graves à capacidade de atendimento dos hospitais do país, foi essencial que adotássemos medidas de isolamento social para conter a proliferação do vírus. Nesse sentido, várias empresas vêm sofrendo impactos de tamanhos desproporcionais, registrando quedas de faturamento que chegam a 70% e isso desencadeará um nível de desemprego em índices inimagináveis, empresas irão falir e a arrecadação vai despencar.

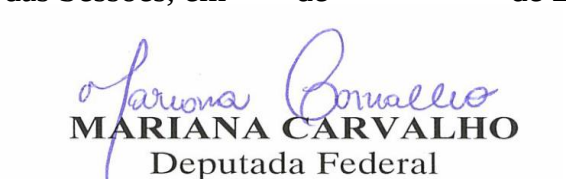
Nesse contexto, é de suma importância garantir aos usuários dos planos de saúde a continuidade nos atendimentos médico-hospitalares, principalmente no período de pandemia no Brasil, independentemente de estar ou não o usuário em dia com as suas obrigações contratuais. Essas medidas irão, inclusive, evitar que os hospitais públicos fiquem ainda mais sobrecarregados.

Ressalto que muitos desses usuários são empregados de empresas que estão ou irão ficar em sérias dificuldades financeiras, o que irá impactar com toda certeza nos pagamentos

em dia junto às operadoras de plano de saúde.

Pelo exposto, conto com o apoio dos nobres pares na aprovação do presente requerimento.

Sala das Sessões, em de de 2020.



MARIANA CARVALHO
Deputada Federal
PSDB/RO



Deputada **TABATA AMARAL**
PDT/SP

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 4º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 5º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 6º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 7º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
.....
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.317, DE 2020

(Do Sr. Dr. Zacharias Calil)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre regras de atendimento das operadoras de planos de saúde durante períodos de calamidade pública.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1288/2020.

Apresentação: 31/03/2020 15:15
PL n.1317/2020

Projeto de Lei N.º 2020

(Do Sr. Deputado Dr. Zacharias Calil)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre regras de atendimento das operadoras de planos de saúde durante períodos de calamidade pública.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O § 2º do Art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:

III - Excepcionalmente, ficam as operadoras de planos de saúde impedidas de suspender **os atendimentos de urgência** nos casos em que os segurados estejam com contratos inadimplentes na hipótese em que tenha sido declarado o estado de calamidade pública.

Parágrafo único O disposto no inciso III aplica-se aos contratos firmados ha mais de doze meses e que a inadimplência não ultrapasse 60 dias consecutivos a partir do decreto de calamidade pública.

Art. 2º Acrescenta onde couber inciso ao Art. 18, renumerando os demais, com a seguinte redação:

"Determina que os laboratórios de análises clínicas, casa de saúde, entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde e clínicas de diagnósticos aceitem pedidos de exames por e-mail ou outros meios remotos, na hipótese se ser declarado o estado de calamidade pública em que haja restrição de circulação."

.

JUSTIFICAÇÃO

Após a declaração de pandemia do COVID-19 (coronavírus) pela Organização Mundial de Saúde e a entrada em vigor do estado de calamidade pública no Brasil, a população brasileira vive momentos de incertezas, medo e muita preocupação.

Tendo em vista que no caso de calamidade pública o Estado pode intervir, inclusive em bens privados em defesa do interesse público, nossa proposta vai

LexEdit
CD207727504400

Apresentação: 31/03/2020 15:15
PL n.1317/2020

ao encontro das necessidades da população. O fechamento das empresas para evitar a circulação de pessoas e diminuir o risco de transmissão do COVID-19 tende a levar muitos empresários e outros setores a um estado de caos financeiro de difícil recuperação, com isso o efeito cascata deve levar muitos brasileiros à inadimplência.

Quanto à determinação para que os laboratórios de análise clínicas e outros estabelecimentos de saúde aceitem como válidos os pedidos de exames por e-mail ou outros meios remotos entendemos relevante a fim de dar mais segurança e celeridade ao atendimento presencial, sendo eles enviados com antecedência.

Ante o exposto, pedimos o apoio dos Ilustres pares para aprovação do presente projeto, que consideramos pertinente e relevante à quem necessita da segurança de poder contar com serviços de saúde de qualidade e pronto atendimento.

Sala das Comissões, 31 de março de 2020.

Deputado Dr. Zacharias Calil

DEM/GO

LexEdit
CD207727504400

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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)*

.....

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e "e-mail"; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);
VI - âmbito geográfico de cobertura;
VII - faixas etárias e respectivos preços;
VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.424, DE 2020

(Do Sr. Flávio Nogueira)

Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1988, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir rescisão de contratos de planos de saúde durante endemias ou pandemias de grandes proporções.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte §2º, renomeando-se o atual parágrafo único como §1º:

"Art. 13.....

§1º.....

.....

§2º Fica vedada a rescisão dos contratos de que trata o caput, contratados individualmente ou coletivamente, durante epidemias ou pandemias de grandes proporções, salvo por fraude, nos termos e pelo prazo definido em regulamento." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A saúde privada suplementar atende quase 30% da população brasileira – cerca de 63 milhões de brasileiros[78], mediante contratação na modalidade individual ou coletiva, por meio do pagamento de mensalidades. O sistema é regulado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que define regras mínimas para os contratos, para coibir abusos, protegendo os consumidores e mantendo o equilíbrio financeiro do setor.

Nos próximos meses, espera-se que os serviços de saúde privada tenham um aumento significativo de atendimentos, devido à evolução da pandemia da COVID-19. A tendência é que ocorra uma procura maior pelos pronto-atendimentos, e alta

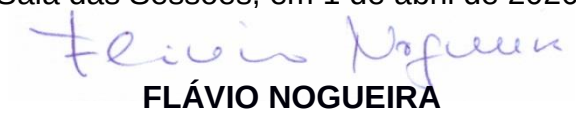
78 Disponível em: https://saude.zelas.com.br/tudo-saude/beneficiarios-dos-planos-privados

necessidade de unidades de terapia intensiva.

Adicionalmente, as medidas de isolamento social tendem a provocar uma redução da renda média de milhões de brasileiros e brasileiras, que terão ainda mais dificuldade de pagarem suas despesas, entre elas as mensalidades dos planos de saúde. Essas pessoas não podem perder sua garantia de atendimento justamente neste momento, tanto pelo não prosseguimento do plano por parte das operadoras, quanto pela falta de pagamento temporária dos usuários.

Este Projeto de Lei pretende proibir a rescisão de contratos de planos de saúde durante essa pandemia e eventuais futuras que venham a ocorrer. Pedimos o apoio dos nobres colegas parlamentares para que essa medida seja aprovada, protegendo as famílias que dependem da saúde suplementar.

Sala das Sessões, em 1 de abril de 2020.



FLÁVIO NOGUEIRA
Deputado Federal

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.493, DE 2020

(Do Sr. Felipe Carreras)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a rescisão ou suspensão nos casos de epidemias, pandemias ou calamidade pública decretada.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1288/2020.

Apresentação: 02/04/2020 19:22
PL n.1493/2020

PROJETO DE LEI Nº , DE 2020.
(Do Sr. Felipe Carreras)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a rescisão ou suspensão nos casos de epidemias, pandemias ou calamidade pública decretada.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

"Art. 1º O parágrafo único do art. 13 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13 .....

.....

Parágrafo Único. Os produtos de que trata o caput terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (NR)

.....

IV - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato durante períodos de epidemias, pandemias ou calamidade pública decretada

V – a vedação disciplinada no inciso anterior fica condicionada a comprovação do usuário que teve redução de renda mediante apresentação de carteira de trabalho ou extratos bancários"

Art. 2º O parágrafo único do art. 13 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13-A Nos casos disciplinados no inciso IV do artigo anterior, após encerrado o período de

LexEdit
CD204231436600

Apresentação: 02/04/2020 19:22
PL n.1493/2020

epidemias, pandemias ou calamidade pública decretada, a operadora disponibilizará parcelamento dos débitos ocorridos neste período no prazo de 12 meses, sem juros ou multas, ficando vedada a suspensão ou rescisão oriunda destes débitos no período do parcelamento.”

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

JUSTIFICATIVA

No dia 11 de março, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou pandemia por coronavírus no mundo. No Brasil, o primeiro caso foi registrado em São Paulo, no dia 26 de março e, hoje, já são 4.256 casos e 136 óbitos. A taxa de transmissão no país está em torno de 939%, mas o isolamento social tem se mostrado efetivo na diminuição desta taxa, segundo estudos do Instituto Butantã, que verificaram taxa de 467% em São Paulo, município que tem adotado o distanciamento social.

Este isolamento, entretanto, causou um grande impacto na economia nacional e repercutirá por vários meses, mesmo após o fim da crise. O desemprego tende a aumentar e, com isso, a incapacidade de muitas famílias de manterem seus compromissos financeiros, entre eles, o pagamento de planos particulares de assistência à saúde.

Sabemos que tanto o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto a rede particular de assistência à saúde estão sobrecarregadas neste período. Ambas as redes são fundamentais no tratamento dos doentes e imprescindíveis à manutenção da vida. Por isso, neste momento, faz-se necessário flexibilizar as regras contratuais.

Assim, propomos que os planos de saúde particulares não possam rescindir os contratos de pessoas que fiquem inadimplentes em decorrência de perdas econômicas comprovadas durante o período de epidemia, pandemia ou estado de calamidade decretado e que os valores devidos sejam cobrados parceladamente, sem juros ou multas, após superação da crise.

Conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, março de 2020.

LexEdit
CD200042314360

Deputado Felipe Carreras
PSB/PE

Apresentação: 02/04/2020 19:22
PL n.1493/2020

LexEdit
CD200042314360 0

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. 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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

PROJETO DE LEI N.º 1.526, DE 2020

(Do Sr. Valdevan Noventa)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir rescisão ou alteração prejudicial de contratos de planos de saúde por iniciativa da opeadora, durante pandemias de grandes proporções.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte §2º, renomeando-se o atual parágrafo único como §1º:

"Art. 13.....

§1º.....

.....

§2º Fica vedada a rescisão ou alteração prejudicial dos contratos de que trata o caput, por iniciativa da operadora, independente da modalidade de contratação, durante pandemias de grandes proporções, na forma do regulamento." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A pandemia de Covid-19 tem avançado rapidamente por todo o planeta, deixando em seu rastro milhares de mortos e um verdadeiro colapso do sistema de saúde. Adicionalmente, instalou-se uma das piores crises econômicas da história moderna, em decorrência das necessárias medidas de isolamento social.

Mais de 45 milhões de brasileiros utilizam a saúde suplementar, componente importante de nosso sistema de saúde. Muitos destes beneficiários têm dificuldade em pagar suas mensalidades, ou possuem contratos vinculados aos seus empregadores. Consequentemente, a crise econômica pode levar ao cancelamento de muitos destes planos, justamente num momento de alta demanda por atendimentos.

Este Projeto de Lei pretende proibir a rescisão ou alteração prejudicial de contratos dos planos de saúde durante a vigência de pandemias de grandes proporções, como a de Covid-19. Desta forma, entendemos que ficarão protegidas as pessoas com risco de perderem sua cobertura assistencial devido à diminuição de renda em decorrência desta crise.

Sala das Sessões, em 03 de abril de 2020.

Deputado VALDEVAN NOVENTA

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.636, DE 2020

(Da Sra. Rejane Dias)

Altera a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre a suspensão de carência nos planos de saúde privados de assistência à saúde em casos de pandemias - COVID-19.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-955/2020.

PROJETO DE LEI Nº , DE 2020

(Da Sra. REJANE DIAS)

Altera a Lei n. º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para dispor sobre a suspensão de carência nos planos de saúde privados de assistência à saúde em casos de pandemias - COVID-19.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei estabelece a liberação da carência pelos planos de saúde privados de assistência à saúde nos casos de pandemias.

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV:

"Art.35-C É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

.....

IV – realização de exame de detecção e tratamento de pandemias, decretadas pelo governo federal." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei estabelece a liberação da carência durante o estado de calamidade pública decretado pelo Governo Federal nos casos de pandemias, com a realização de exame para detecção do coronavírus – Covid 19, além da realização de procedimentos e tratamentos.

A jurisprudência predominante entende que a negativa de cobertura de um procedimento ou exame em razão dele não constar no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é abusiva. É inadmissível que os consumidores precisem recorrer ao Juizado de Pequenas Causas, para obter o tratamento adequado. É o caso recente da doença do Coronavírus – COVID 19.

Oferecemos, nesse sentido, projeto de lei determinando que as empresas que oferecem planos e seguros privados de saúde sejam obrigadas a realizarem exames em casos de pandemias, como, por exemplo, o COVID-19, além de procedimentos e tratamento.

O Covid-19 é uma pandemia, conforme declarou a Organização Mundial de Saúde – OMS. Essa é uma doença infecciosa que atingiu mais de 150 países e territórios de 5 continentes. Até o dia 6 de abril já foram confirmados 1.283.432 casos e infelizmente levou a morte 70.203 pessoas em todo o mundo.

A carência para situações de emergência não deve ser exigida para circunstâncias que impliquem em risco imediato de morte ou complicações de alguma função ou órgão, que poderá levar à morte do paciente.

Pretendemos, com a iniciativa, possibilitar às pessoas mais simples, o acesso à realização de exames do COVID-19, como também o tratamento. Somente com a colaboração de todos, conseguiremos vencer esse desafio. Espero, pois, contar com o apoio de meus Pares no debate e aprovação da medida.

Sala das Sessões, em de abril de 2020.

Deputada REJANE DIAS

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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência

de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida*

Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 3.072, DE 2020

(Do Sr. Hélio Leite)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar aos beneficiários de planos e seguros de saúde o direito de receber decisão fundamentada em caso de negativa de cobertura pelas respectivas operadoras; e a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar às operadoras e seguradoras privadas de saúde a apresentação de planos de expansão de coberturas e leitos para o atendimento de seus beneficiários, em caso de diagnóstico da COVID-19.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-394/2011.

Apresentação: 02/06/2020 15:57
PL n.3072/2020

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Projeto de Lei n° _____ de 2020,
(Do Senhor Deputado Hélio Leite).

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar aos beneficiários de planos e seguros de saúde o direito de receber decisão fundamentada em caso de negativa de cobertura pelas respectivas operadoras; e a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar às operadoras e seguradoras privadas de saúde a apresentação de planos de expansão de coberturas e leitos para o atendimento de seus beneficiários, em caso de diagnóstico da COVID-19.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1°. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

"Art. 35-M. As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde obrigam-se a fundamentar, mediante informações detalhadas e documentos, decisão negativa de cobertura parcial ou total de procedimento médico, cirúrgico ou de diagnóstico, bem como de tratamento e internação.

§1°. Para os efeitos desta Lei, entende-se por negativa de cobertura a recusa em custear a assistência à saúde, de qualquer natureza, ainda que fundamentada em lei ou cláusula contratual.

§2°. Na hipótese de negativa de cobertura total ou parcial, a operadora do plano ou seguro de assistência à saúde entregará ao consumidor, no local do atendimento médico, imediatamente e independentemente de requisição:

I - o comprovante da negativa de cobertura, onde constará, além do nome do cliente e do número do contrato:

Documento eletrônico assinado por Hélio Leite (DEM/PA), através do ponto SDR_56032, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD207149314600

Apresentação: 02/06/2020 15:57
PL n.3072/2020

a) o motivo da negativa, de forma clara, inteligível e completa; vedado o emprego de expressões vagas, abreviações ou códigos;

b) a razão ou a denominação social da operadora ou seguradora;

c) o número do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) da operadora ou seguradora;

d) o endereço completo e atualizado da operadora ou seguradora;

e) número de protocolo da comunicação a que se refere e à negativa de atendimento ao caput deste artigo.

II - uma via da guia de requerimento para autorização de cobertura.

§3°. Sem prejuízo anteriormente disposto, o hospital privado entregará imediatamente ao consumidor, no local do atendimento médico, desde que solicitado:

I - declaração escrita contendo os elementos da negativa de cobertura pela operadora;

II - documento contendo a data e a hora do recebimento da negativa de cobertura;

III - o laudo ou relatório do médico responsável, atestando a necessidade da intervenção médica e, se for o caso, sua urgência, ou documento reprográfico que o replique de forma fidedigna.

§4°. As informações de que trata esta Lei serão prestadas por meio de documento escrito, com identificação do fornecedor, o qual poderá ser encaminhado qualquer meio que assegure ao consumidor o seu recebimento, vedada a utilização exclusiva de comunicação verbal.

§5°. Na hipótese do consumidor estar impossibilitado ou com dificuldade para solicitar ou receber os documentos e as informações, poderá fazê-lo, independentemente de procuração ou autorização, através de:

I - parente, por consanguinidade ou afinidade, nos termos da lei civil;

Documento eletrônico assinado por Hélio Leite (DEM/PA), através do ponto SDR_56032, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD207149314600

Apresentação: 02/06/2020 15:57
PL n.3072/2020

II - pessoa que estiver acompanhando o consumidor no local de atendimento, independentemente de parentesco;

III - advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, independentemente de comprovação de interesse;

IV - a entrega dos documentos a um dos indicados não impede os demais de, mediante solicitação, obter outra via dos mesmos.

§6°. O fornecimento das informações determinadas por este artigo será feito sem ônus para o beneficiário".

Art. 2°. A Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, passa a vigorar acrescida do seguinte dispositivo:

"Art. 6º-E As operadoras e seguros privados de assistência à saúde deverão apresentar ao Ministério da Saúde, no prazo de 15 (quinze dias), a contar da publicação desta lei, plano nacional de expansão de coberturas e leitos em unidades de internação hospitalar e terapia intensiva, destinados ao atendimento dos seus beneficiários, nos casos de diagnóstico da Covid-19, abrangendo todas as unidades da federação.

§1° – A expansão de coberturas e vagas hospitalares deverá ser proporcional ao número de beneficiários de cada operadora ou seguradora, tendo como parâmetros os índices de possível contaminação por Covid-19, divulgados pelas autoridades sanitárias, ou entidades com reconhecida capacitação técnica; e deverá projetar o período determinado pelo Decreto Legislativo nº 6, de 2020, que reconheceu a ocorrência do estado de calamidade pública, em todo o território nacional, até 31 de dezembro de 2020.

§2° - O plano deverá prever o prazo de sua execução, as novas coberturas disponibilizadas e a quantidade leitos em unidades de internação e tratamento intensivo a serem criadas.

Art. 3°. Esta lei entra em vigor com sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Documento eletrônico assinado por Hélio Leite (DEM/PA), através do ponto SDR_56032, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD207149314600

Apresentação: 02/06/2020 15:57
PL n.3072/2020

A presente proposição visa assegurar aos beneficiários das operadoras e seguros privados de assistência à saúde o direito de receberem documentos e informações detalhadas na hipótese de negativa total ou parcial de cobertura.

Atualmente, os beneficiários, ao terem negado parcial ou totalmente pleito de procedimento médico, cirúrgico ou de diagnóstico, bem como de tratamento e internação, não recebem informações detalhadas dos fundamentos da decisão, a qual, via-de-regra, não encontra respaldo legal.

Assim, a presente proposta estabelece normas e procedimentos que encontram respaldo não apenas na Lei n° 9.656/98, mas também na Lei n° 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), visando dar mais transparência e equilíbrio entre as empresas e seus beneficiários, neste importante segmento de assistência suplementar de saúde.

Já a Lei 13.979/20, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do coronavírus responsável pelo surto da Covid-19; determina o compartilhamento, entre Órgãos e Entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal, de dados, informações e esforços no combate à pandemia e seus efeitos; particularmente em relação à identificação de pessoas infectadas ou com suspeita de infecção pelo coronavírus, com a finalidade exclusiva de evitar a sua propagação, e da adoção de medidas a serem implantadas no seu atendimento.

Dentro desse esforço sanitário nacional, é importante que as empresas operadoras e seguradoras de saúde elaborem e apresentem planos de expansão de coberturas e abertura de leitos para o atendimento dos seus beneficiários durante a pandemia; algo que, até o momento, apenas vem sendo feito pela rede pública de assistência.

A presente proposta vem estabelecer que os esforços no combate à Covid-19 sejam igualmente compartilhados pelo setor de saúde privada, com uma proposta de expansão de coberturas e número de leitos, tanto em unidades de internação quanto em UTI's, de acordo com os critérios estabelecidos pelas autoridades de saúde.

Assim, dada a importância das medidas sugeridas, no complexo cenário de crise sanitária pelo qual passa o Brasil, dentro de um contexto mundial, rogamos aos nobres pares o indispensável apoio à presente proposição, bem como sua célere apreciação, discussão e aprovação por esta Casa Legislativa.

Documento eletrônico assinado por Hélio Leite (DEM/PA), através do ponto SDR_56032, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD207149314600

Sala das Sessões, em ____ de junho de 2020.

DEPUTADO **HELIO LEITE**

DEMOCRATAS/PA

CONJURLIDDEM(AP)/TEN/2020

Apresentação: 02/06/2020 15:57
PL n.3072/2020

Documento eletrônico assinado por Hélio Leite (DEM/PA), através do ponto SDR_56032, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD207149314600

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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de

produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020

Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

§ 1º As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade.

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre a duração da situação de emergência de saúde pública de que trata esta Lei.

§ 3º O prazo de que trata o § 2º deste artigo não poderá ser superior ao declarado pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e

II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus.

Parágrafo único. As definições estabelecidas pelo Artigo 1 do Regulamento Sanitário Internacional, constante do Anexo ao Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, aplicam-se ao disposto nesta Lei, no que couber.

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
I - isolamento;
II - quarentena;
III - determinação de realização compulsória de:
a) exames médicos;
b) testes laboratoriais;
c) coleta de amostras clínicas;
d) vacinação e outras medidas profiláticas; ou
e) tratamentos médicos específicos;
IV - estudo ou investigação epidemiológica;
V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver;
VI - restrição excepcional e temporária, conforme recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por rodovias, portos ou aeroportos de: *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
a) entrada e saída do País; e *(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
b) locomoção interestadual e intermunicipal; *(Alínea acrescida pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)* *(Vide ADI nº 6.343/2020, publicada no DOU de 3/6/2020)*
VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e
VIII - autorização excepcional e temporária para a importação e distribuição de quaisquer materiais, medicamentos, equipamentos e insumos da área de saúde sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa considerados essenciais para auxiliar no combate à pandemia do coronavírus, desde que: *(Inciso com redação dada pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
a) registrados por pelo menos 1 (uma) das seguintes autoridades sanitárias estrangeiras e autorizados à distribuição comercial em seus respectivos países: *(Alínea com redação dada pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
1. Food and Drug Administration (FDA); *(Item acrescido pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
2. European Medicines Agency (EMA); *(Item acrescido pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
3. Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA); *(Item acrescido pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
4. National Medical Products Administration (NMPA); *(Item acrescido pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
b) *(Revogada pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
§ 1º As medidas previstas neste artigo somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública.
§ 2º Ficam assegurados às pessoas afetadas pelas medidas previstas neste artigo:
I - o direito de serem informadas permanentemente sobre o seu estado de saúde e a assistência à família conforme regulamento;
II - o direito de receberem tratamento gratuito;
III - o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, conforme preconiza o Artigo 3 do Regulamento Sanitário Internacional, constante do Anexo ao Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020.
§ 3º Será considerado falta justificada ao serviço público ou à atividade laboral privada o período de ausência decorrente das medidas previstas neste artigo.
§ 4º As pessoas deverão sujeitar-se ao cumprimento das medidas previstas neste artigo, e o descumprimento delas acarretará responsabilização, nos termos previstos em lei.
§ 5º Ato do Ministro de Estado da Saúde:
I - disporá sobre as condições e os prazos aplicáveis às medidas previstas nos incisos I e II do *caput* deste artigo; e
II - *(Revogado pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
§ 6º Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde, da Justiça e Segurança Pública e da Infraestrutura disporá sobre a medida prevista no inciso VI do *caput*. *(Parágrafo com redação dada pela Medida*

Provisória nº 927, de 22/3/2020) *(Vide ADI nº 6.343/2020, publicada no DOU de 3/6/2020)*
§ 6º-A O ato conjunto a que se refere o § 6º poderá estabelecer delegação de competência para a resolução dos casos nele omissos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 927, de 22/3/2020)*
§ 7º As medidas previstas neste artigo poderão ser adotadas:
I - pelo Ministério da Saúde, exceto a constante do inciso VIII do *caput* deste artigo; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
II - pelos gestores locais de saúde, desde que autorizados pelo Ministério da Saúde, nas hipóteses dos incisos I, II, V e VI do *caput* deste artigo; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)* *(Vide ADI nº 6.343/2020, publicada no DOU de 3/6/2020)*
III - pelos gestores locais de saúde, nas hipóteses dos incisos III, IV e VII do *caput* deste artigo.
IV - pela Anvisa, na hipótese do inciso VIII do *caput* deste artigo. *(Inciso acrescido dada pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
§ 7º-A. *(VETADO na Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
§ 7º-B. O médico que prescrever ou ministrar medicamento cuja importação ou distribuição tenha sido autorizada na forma do inciso VIII do *caput* deste artigo deverá informar ao paciente ou ao seu representante legal que o produto ainda não tem registro na Anvisa e foi liberado por ter sido registrado por autoridade sanitária estrangeira. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 14.006, de 28/5/2020)*
§ 8º As medidas previstas neste artigo, quando adotadas, deverão resguardar o exercício e o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 9º O Presidente da República disporá, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais a que se referem o § 8º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 10. As medidas a que se referem os incisos I, II e VI do *caput*, quando afetarem a execução de serviços públicos e atividades essenciais, inclusive as reguladas, concedidas ou autorizadas, somente poderão ser adotadas em ato específico e desde que em articulação prévia com o órgão regulador ou o Poder concedente ou autorizador. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 11. É vedada a restrição à circulação de trabalhadores que possa afetar o funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais, definidas nos termos do disposto no § 9º, e cargas de qualquer espécie que possam acarretar desabastecimento de gêneros necessários à população. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º É dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus de que trata esta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 1º A dispensa de licitação a que se refere o *caput* deste artigo é temporária e aplica-se apenas enquanto perdurar a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.
§ 2º Todas as contratações ou aquisições realizadas com fulcro nesta Lei serão imediatamente disponibilizadas em sítio oficial específico na rede mundial de computadores (internet), contendo, no que couber, além das informações previstas no § 3º do art. 8º da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o nome do contratado, o número de sua inscrição na Receita Federal do Brasil, o prazo contratual, o valor e o respectivo processo de contratação ou aquisição.
§ 3º Excepcionalmente, será possível a contratação de fornecedora de bens, serviços e insumos de empresas que estejam com inidoneidade declarada ou com o direito de participar de licitação ou contratar com o Poder Público suspenso, quando se tratar, comprovadamente, de única fornecedora do bem ou serviço a ser adquirido. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 4º Na hipótese de dispensa de licitação de que trata o *caput*, quando se tratar de compra ou contratação por mais de um órgão ou entidade, o sistema de registro de preços, de que trata o inciso II do *caput* do art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, poderá ser utilizado. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 951, de 15/4/2020)*
§ 5º Na hipótese de inexistência de regulamento específico, o ente federativo poderá aplicar o regulamento federal sobre registro de preços. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 951, de 15/4/2020)*
§ 6º O órgão ou entidade gerenciador da compra estabelecerá prazo, contado da data de divulgação da intenção de registro de preço, entre dois e quatro dias úteis, para que outros órgãos e entidades manifestem interesse em participar do sistema de registro de preços nos termos do disposto no § 4º e no

§ 5º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 951, de 15/4/2020)*
Art. 4º-A A aquisição de bens e a contratação de serviços a que se refere o *caput* do art. 4º não se restringe a equipamentos novos, desde que o fornecedor se responsabilize pelas plenas condições de uso e funcionamento do bem adquirido. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-B Nas dispensas de licitação decorrentes do disposto nesta Lei, presumem-se atendidas as condições de:
I - ocorrência de situação de emergência;
II - necessidade de pronto atendimento da situação de emergência;
III - existência de risco a segurança de pessoas, obras, prestação de serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares; e
IV - limitação da contratação à parcela necessária ao atendimento da situação de emergência. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-C Para as contratações de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência de que trata esta Lei, não será exigida a elaboração de estudos preliminares quando se tratar de bens e serviços comuns. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-D O Gerenciamento de Riscos da contratação somente será exigível durante a gestão do contrato. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-E Nas contratações para aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência que trata esta Lei, será admitida a apresentação de termo de referência simplificado ou de projeto básico simplificado.
§ 1º O termo de referência simplificado ou o projeto básico simplificado a que se refere o *caput* conterá:
I - declaração do objeto;
II - fundamentação simplificada da contratação;
III - descrição resumida da solução apresentada;
IV - requisitos da contratação;
V - critérios de medição e pagamento;
VI - estimativas dos preços obtidos por meio de, no mínimo, um dos seguintes parâmetros:
a) Portal de Compras do Governo Federal;
b) pesquisa publicada em mídia especializada;
c) sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo;
d) contratações similares de outros entes públicos; ou
e) pesquisa realizada com os potenciais fornecedores; e
VII - adequação orçamentária.
§ 2º Excepcionalmente, mediante justificativa da autoridade competente, será dispensada a estimativa de preços de que trata o inciso VI do *caput*.
§ 3º Os preços obtidos a partir da estimativa de que trata o inciso VI do *caput* não impedem a contratação pelo Poder Público por valores superiores decorrentes de oscilações ocasionadas pela variação de preços, hipótese em que deverá haver justificativa nos autos. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-F Na hipótese de haver restrição de fornecedores ou prestadores de serviço, a autoridade competente, excepcionalmente e mediante justificativa, poderá dispensar a apresentação de documentação relativa à regularidade fiscal e trabalhista ou, ainda, o cumprimento de um ou mais requisitos de habilitação, ressalvados a exigência de apresentação de prova de regularidade relativa à Seguridade Social e o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do *caput* do art. 7º da Constituição. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-G Nos casos de licitação na modalidade pregão, eletrônico ou presencial, cujo objeto seja a aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência de que trata esta Lei, os prazos dos procedimentos licitatórios serão reduzidos pela metade. *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 1º Quando o prazo original de que trata o *caput* for número ímpar, este será arredondado para o número inteiro antecedente. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 2º Os recursos dos procedimentos licitatórios somente terão efeito devolutivo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
§ 3º Fica dispensada a realização de audiência pública a que se refere o art. 39 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, para as licitações de que trata o *caput*. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº*

926, de 20/3/2020)
§ 4º As licitações de que trata o *caput* realizadas por meio de sistema de registro de preços serão consideradas compras nacionais, nos termos do disposto no regulamento federal, observado o prazo estabelecido no § 6º do art. 4º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 951, de 15/4/2020)*
Art. 4º-H Os contratos regidos por esta Lei terão prazo de duração de até seis meses e poderão ser prorrogados por períodos sucessivos, enquanto perdurar a necessidade de enfrentamento dos efeitos da situação de emergência de saúde pública. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 4º-I Para os contratos decorrentes dos procedimentos previstos nesta Lei, a administração pública poderá prever que os contratados fiquem obrigados a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões ao objeto contratado, em até cinquenta por cento do valor inicial atualizado do contrato. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 5º Toda pessoa colaborará com as autoridades sanitárias na comunicação imediata de:
I - possíveis contatos com agentes infecciosos do coronavírus;
II - circulação em áreas consideradas como regiões de contaminação pelo coronavírus.
Art. 6º É obrigatório o compartilhamento entre órgãos e entidades da administração pública federal, estadual, distrital e municipal de dados essenciais à identificação de pessoas infectadas ou com suspeita de infecção pelo coronavírus, com a finalidade exclusiva de evitar a sua propagação.
§ 1º A obrigação a que se refere o *caput* deste artigo estende-se às pessoas jurídicas de direito privado quando os dados forem solicitados por autoridade sanitária.
§ 2º O Ministério da Saúde manterá dados públicos e atualizados sobre os casos confirmados, suspeitos e em investigação, relativos à situação de emergência pública sanitária, resguardando o direito ao sigilo das informações pessoais.
Art. 6º-A Ficam estabelecidos os seguintes limites para a concessão de suprimento de fundos e por item de despesa, para as aquisições e contratações a que se refere o *caput* do art. 4º, quando a movimentação for realizada por meio de Cartão de Pagamento do Governo:
I - na execução de serviços de engenharia, o valor estabelecido na alínea "a" do inciso I do *caput* do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; e
II - nas compras em geral e outros serviços, o valor estabelecido na alínea "a" do inciso II do *caput* do art. 23 da Lei nº 8.666, de 1993. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 6º-B Serão atendidos prioritariamente os pedidos de acesso à informação, de que trata a Lei nº 12.527, de 2011, relacionados com medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de que trata esta Lei. *(Vide ADIs nºs 6.347, 6.351 e 6.353/2020, publicadas no DOU de 1º/6/2020)*
§ 1º Ficarão suspensos os prazos de resposta a pedidos de acesso à informação nos órgãos ou nas entidades da administração pública cujos servidores estejam sujeitos a regime de quarentena, teletrabalho ou equivalentes e que, necessariamente, dependam de:
I - acesso presencial de agentes públicos encarregados da resposta; ou
II - agente público ou setor prioritariamente envolvido com as medidas de enfrentamento da situação de emergência de que trata esta Lei.
§ 2º Os pedidos de acesso à informação pendentes de resposta com fundamento no disposto no § 1º deverão ser reiterados no prazo de dez dias, contado da data em que for encerrado o prazo de reconhecimento de calamidade pública a que se refere o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.
§ 3º Não serão conhecidos os recursos interpostos contra negativa de resposta a pedido de informação negados com fundamento no disposto no § 1º.
§ 4º Durante a vigência desta Lei, o meio legítimo de apresentação de pedido de acesso a informações de que trata o art. 10 da Lei nº 12.527, de 2011, será exclusivamente o sistema disponível na internet.
§ 5º Fica suspenso o atendimento presencial a requerentes relativos aos pedidos de acesso à informação de que trata a Lei nº 12.527, de 2011. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 928, de 23/3/2020)*
Art. 6º-C Não correrão os prazos processuais em desfavor dos acusados e entes privados processados em processos administrativos enquanto perdurar o estado de calamidade de que trata o Decreto Legislativo nº 6, de 2020.
Parágrafo único. Fica suspenso o transcurso dos prazos prescricionais para aplicação de sanções administrativas previstas na Lei nº 8.112, de 1990, na Lei nº 9.873, de 1999, na Lei nº 12.846, de 2013, e nas demais normas aplicáveis a empregados públicos. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº*

928, de 23/3/2020)
Art. 6º-D Fica suspenso o transcurso dos prazos prescricionais para aplicação de sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666, de 1993, na Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, e na Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 951, de 15/4/2020)*
Art. 7º O Ministério da Saúde editará os atos necessários à regulamentação e operacionalização do disposto nesta Lei.
Art. 8º Esta Lei vigorará enquanto perdurar o estado de emergência de saúde internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, exceto quanto aos contratos de que trata o art. 4º-H, que obedecerão ao prazo de vigência neles estabelecidos. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020)*
Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de fevereiro de 2020; 199º da Independência e 132º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO
Sérgio Moro
Luiz Henrique Mandetta

DECRETO LEGISLATIVO Nº 6, DE 2020

Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020.

O Congresso Nacional decreta:
Art. 1º Fica reconhecida, exclusivamente para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, notadamente para as dispensas do atingimento dos resultados fiscais previstos no art. 2º da Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019, e da limitação de empenho de que trata o art. 9º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, com efeitos até 31 de dezembro de 2020, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020.
Art. 2º Fica constituída Comissão Mista no âmbito do Congresso Nacional, composta por 6 (seis) deputados e 6 (seis) senadores, com igual número de suplentes, com o objetivo de acompanhar a situação fiscal e a execução orçamentária e financeira das medidas relacionadas à emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
§ 1º Os trabalhos poderão ser desenvolvidos por meio virtual, nos termos definidos pela Presidência da Comissão.
§ 2º A Comissão realizará, mensalmente, reunião com o Ministério da Economia, para avaliar a situação fiscal e a execução orçamentária e financeira das medidas relacionadas à emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
§ 3º Bimestralmente, a Comissão realizará audiência pública com a presença do Ministro da Economia, para apresentação e avaliação de relatório circunstanciado da situação fiscal e da execução orçamentária e financeira das medidas relacionadas à emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19), que deverá ser publicado pelo Poder Executivo antes da referida audiência.
Art. 3º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 20 de março de 2020.

SENADOR ANTONIO ANASTASIA
Primeiro Vice-Presidente do Senado Federal,
no exercício da Presidência

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.
§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.
§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.219, DE 2020

(Do Sr. David Soares)

A presente Lei altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998 para proibir as seguradoras de saúde de suspender ou rescindir contratos inadimplentes quando decretado estado de calamidade de saúde pública.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1288/2020.

Apresentação: 09/06/2020 15:20
PL n.3219/2020

PROJETO DE LEI N° DE 2020

(Deputado David Soares - DEM)

A presente Lei altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998 para proibir as seguradoras de saúde de suspender ou rescindir contratos inadimplentes quando decretado estado de calamidade de saúde pública.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

"Art. 13-A. Enquanto durar o estado de calamidade pública, reconhecido em decreto legislativo federal, fica vedada a suspensão ou a rescisão unilateral dos contratos de seguro saúde inadimplentes, até 90 (noventa) dias após a cessação oficial do estado de calamidade pública.

§ 1º . As operadoras dos planos de saúde deverão dar continuidade ao atendimento dos segurados normalmente, ainda que inadimplentes com alguma parcela após a declaração do estado de calamidade pública.

§ 2º. As despesas decorrentes do atendimento aos segurados inadimplentes por prazo superior a 70 (setenta) dias, serão ressarcidas, mediante comprovação, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, com uso das tabelas de referência vigentes, na forma da regulamentação de regência.

§ 3º. No caso do Sistema Único de Saúde – SUS ter créditos a receber das seguradoras de saúde, estes poderão ser usados como forma de quitação do atendimento prestado.

§ 4º. Na hipótese dos planos de saúde com co-participação, não poderá ocorrer a suspensão do atendimento em virtude do atraso por parte

Documento eletrônico assinado por David Soares (DEM/SP), através do ponto SDR_56356, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD201462568100

Apresentação: 09/06/2020 15:20
PL n.3219/2020

do empregador no adimplemento das prestações devidas à seguradora de saúde durante o período de declaração do estado de calamidade pública, bem como a rescisão da seguradora de saúde com a empresa e seus empregados.

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

JUSTIFICATIVA

Em momentos de pandemia e consequente declaração do estado de calamidade pública nacional, fica a sociedade desamparada em todos os setores, trazendo não só problemas graves na área da saúde como problemas econômicos que vão durar por longo período, até que a economia nacional se restabeleça.

Pensando nas consequências econômicas, venho perante os meus pares solicitar a aprovação desse Projeto de Lei, eis que não é justo desamparar a população que com muito sacrifício arca por tantos anos com o pagamento de mensalidade dos planos de saúde que oferecem cada vez menos serviços e, no momento que mais precisam, poderão ficar sem os serviços por não conseguirem pagar um, dois, meses do plano durante a forte crise econômica que assola o país.

A COVID-19 veio para mostrar que gestão de saúde deve ser feita levando em conta a população em si. Os planos então devem ter uma parcela nesse planejamento e distribuição de infraestrutura, atendendo a todos os seus segurados que por anos financiaram a construção do sistema privado de saúde. O

Documento eletrônico assinado por David Soares (DEM/SP), através do ponto SDR_56356, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD201462568100

Anexo IV – Gabinete 741 – Tels: (61) 3215.5741 / 3215-3741 - CEP 70.160-900
Brasília – DF – e-mail: dep.davidsoares@camara.leg.br

Apresentação: 09/06/2020 15:20
PL n.3219/2020

Sistema Único de Saúde – SUS deve mover esforços unicamente para a população mais carente e que não pode pagar por um plano de saúde privado.

Ciente da consciência social dos meus pares, que estão engajados em proteger aqueles que por tanto tempo cumpriram sua parte ante as operadoras de seguro-saúde e que pela grave crise econômica - que levou, inclusive, o Poder Executivo a prestar auxílio emergencial - não conseguem honrar com as parcelas devidas, solicito aprovação desse projeto para darmos assistência a essas pessoas.

Sala de comissões, de junho de 2020

Deputado David Soares
DEM/SP

Documento eletrônico assinado por David Soares (DEM/SP), através do ponto SDR_56356, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
LexEdit
CD201462568100

Anexo IV – Gabinete 741 – Tels: (61) 3215.5741 / 3215-3741 - CEP 70.160-900
Brasília – DF – e-mail: dep.davidsoares@camara.leg.br

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.441, DE 2020

(Do Sr. Nereu Crispim)

Propõe acobertura de atendimento das academias de ginástica ou de qualquer atividade física particulares pelos Planos Privados de Assistência à Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2934/2004.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 10-D Os produtos de que tratam os incisos I e II do caput e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento nas academias de ginástica ou de qualquer atividade física particulares.”

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

JUSTIFICAÇÃO

A prática periódica de atividades físicas e exercícios físicos ao ar livre, respeitadas as recomendações sanitárias, de higiene e de convívio social estipuladas pelas autoridades, são estimuladas tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pelo Ministério da Saúde, pois proporcionam a melhoria da aptidão cardiorrespiratória e muscular, saúde óssea e cardiometabólica e efeitos positivos no peso.

A atividade física praticada de forma sistemática, regular e orientada por um profissional é entendida mundialmente como determinante e condicionante para uma boa saúde. A prática de exercícios, tanto em pessoas mais jovens quanto em idosos, está relacionada a uma maior quantidade de anticorpos, permitindo com que as defesas do organismo respondam rapidamente aos agentes estranhos e combatendo os organismos infecciosos que tentam invadir nosso corpo. Portanto, vai ao encontro do atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade a inclusão feita no Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, contemplando as unidades de academia de ginástica ou de qualquer atividade física, públicas ou particulares como atividades essenciais.

Ademais, para a saúde suplementar, não há dispositivo autorizador da cobertura pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 - que disciplina o oferecimento de planos e seguros privados de assistência à saúde – do uso das unidades de academia de ginástica ou de qualquer atividade física privadas. Sendo assim, propomos a prestação continuada dos respectivos serviços ou cobertura pelos Planos Privados de Assistência à Saúde.

Por tudo isso, está mais do que evidente que o presente projeto de lei atende aos interesses sociais que deve nortear toda e qualquer iniciativa parlamentar, motivo pelo qual estamos certos de contar com o apoio de nossos ilustres pares para a sua aprovação.

Sala das sessões, em 22 de junho de 2020.

Deputado **NEREU CRISPIM**
PSL/RS

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*:* *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

DECRETO Nº 10.282, DE 20 DE MARÇO DE 2020

(Republicado na Edição Extra H do DOU de 21/3/2020)

Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, *caput*, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020,
DECRETA:
Objeto
Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.
Âmbito de aplicação

Art. 2º Este Decreto aplica-se às pessoas jurídicas de direito público interno, federal, estadual, distrital e municipal, e aos entes privados e às pessoas naturais. Serviços públicos e atividades essenciais
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.453, DE 2020

(Do Sr. Alexandre Frota)

Proíbe a discriminação de gênero ou qualquer outra para a contratação de plano de saúde, seja individual ou coletivo, e dá outras providencias.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5113/2016.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° Na contratação de plano de saúde, seja individual, familiar ou coletivo, fica vedada qualquer forma de discriminação por gênero, raça, credo ou qualquer outro meio que possa causar constrangimento, ou a exclusão do contratante."

Art. 2° - Revogam-se todas as disposições em contrário.

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

JUSTIFICATIVA

Na sociedade atual não se admite qualquer ato discriminatório a quem quer que seja.

Porém algum plano de saúde vem recusando a contratação de seus serviços à pessoas com orientação sexual diversa, isso não se pode admitir.

Como preceitua o artigo 5º da Constituição Federal, todos são iguais perante a lei e desta forma toda a população brasileira deve ser tratada.

Certo de contar com o apoio de meus nobres colegas deputados federais, a aprovação deste projeto de lei é medida de justiça social.

Sala das Sessões, em 22 de junho de 202

Alexandre Frota
Deputado Federal
PSDB/SP

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;

VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença;

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;

XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma

que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;
XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;
XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;
XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;
XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente;
XVII - é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar;
XVIII - a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;
XIX - as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado;
XX - ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;
XXI - as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;
XXII - é garantido o direito de propriedade;
XXIII - a propriedade atenderá a sua função social;
XXIV - a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição;
XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;
XXVI - a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento;
XXVII - aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;
XXVIII - são assegurados, nos termos da lei:
a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas;
b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas;
XXIX - a lei assegurará aos autores de inventos industriais privilégio temporário para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País;
XXX - é garantido o direito de herança;
XXXI - a sucessão de bens de estrangeiros situados no País será regulada pela lei brasileira em benefício do cônjuge ou dos filhos brasileiros, sempre que não lhes seja mais favorável a lei pessoal do *de cujus*;
XXXII - o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;
XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;
XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

a) o direito de petição aos poderes públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;
b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;
XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;
XXXVI - a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;
XXXVII - não haverá juízo ou tribunal de exceção;
XXXVIII - é reconhecida a instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, assegurados:
a) a plenitude de defesa;
b) o sigilo das votações;
c) a soberania dos veredictos;
d) a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida;
XXXIX - não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;
XL - a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu;
XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;
XLII - a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei;
XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;
XLIV - constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado democrático;
XLV - nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;
XLVI - a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:
a) privação ou restrição da liberdade;
b) perda de bens;
c) multa;
d) prestação social alternativa;
e) suspensão ou interdição de direitos;
XLVII - não haverá penas:
a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
b) de caráter perpétuo;
c) de trabalhos forçados;
d) de banimento;
e) cruéis;
XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;
XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;
L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;
LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei;
LII - não será concedida extradição de estrangeiro por crime político ou de opinião;
LIII - ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente;
LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;
LV - aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são

assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;
LVI - são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos;
LVII - ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;
LVIII - o civilmente identificado não será submetido a identificação criminal, salvo nas hipóteses previstas em lei;
LIX - será admitida ação privada nos crimes de ação pública, se esta não for intentada no prazo legal;
LX - a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;
LXI - ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei;
LXII - a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada;
LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;
LXIV - o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial;
LXV - a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária;
LXVI - ninguém será levado à prisão ou nela mantido quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança;
LXVII - não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel;
LXVIII - conceder-se-á *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;
LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data*, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público;
LXX - o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:
a) partido político com representação no Congresso Nacional;
b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;
LXXI - conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;
LXXII - conceder-se-á *habeas data*:
a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;
b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;
LXXIII - qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;
LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;
LXXV - o Estado indenizará o condenado por erro judiciário, assim como o que ficar preso

além do tempo fixado na sentença;
LXXVI - são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:
a) o registro civil de nascimento;
b) a certidão de óbito;
LXXVII - são gratuitas as ações de *habeas corpus* e *habeas data*, e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.
LXXVIII - a todos, no âmbito judicial e administrativo, são assegurados a razoável duração do processo e os meios que garantam a celeridade de sua tramitação. *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.
§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.
§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*
§ 4º O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)*

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. *(Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.504, DE 2020

(Do Sr. Capitão Alberto Neto)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para proibir a rescisão de contratos de planos de saúde na vigência de estado de calamidade pública reconhecida pelo Congresso Nacional ou de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional declarada pelo Poder Executivo Federal.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1288/2020.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte §2º, renumerando-se o atual parágrafo único como §1º:

“Art. 13.....

§1º.....

.....

§2º Em relação aos produtos de que trata o **caput**, contratados individual ou coletivamente, fica vedada a rescisão unilateral do contrato, por iniciativa da operadora, na vigência de estado de calamidade pública reconhecida pelo Congresso Nacional ou de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional declarada pelo Poder Executivo Federal, salvo por motivo de fraude, na forma do regulamento." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A Pandemia da COVID-19 está causando uma crise sem precedentes no Brasil. Se não bastasse o fato de já termos ultrapassado a barreira de um milhão de casos e de mais de cinquenta mil óbitos em razão da doença[79], o desemprego está batendo recordes e provocando um efeito devastador no mercado de trabalho. Segundo análise[80] da equipe de macroeconomia do Itaú Unibanco, o desemprego no País estaria em torno de 16%. O desemprego é um dos motivos que levou à diminuição dos ganhos da nossa população. Desde que a COVID-19 chegou ao País, a renda de 68% dos brasileiros reduziu-se, de acordo com um levantamento feito pelo DataSenado[81].

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar, aproximadamente 25% da população brasileira é beneficiária de planos de assistência à saúde. Com a redução da renda média das famílias, a tendência é que ocorra inadimplência no setor. Nos planos individuais, pela regra atual, as operadoras podem rescindir os contratos daqueles que deixam de pagar as mensalidades por mais de sessenta dias. Nos planos coletivos, o atraso prolongado nem é imprescindível para a rescisão, uma vez que valem as condições dispostas nos contratos.

Assim, se a legislação não for modificada, é possível que milhões de brasileiros acabem sendo expelidos da Saúde Suplementar, e passem a depender, exclusivamente, do Sistema Único de Saúde (SUS). Sabemos que o SUS está em colapso em diversos locais do Brasil. Na Saúde Suplementar, de acordo com o Boletim COVID-19[82], a taxa de ocupação dos leitos (com e sem UTI) está em torno de 61%, apenas.

Diante do exposto, considerando a redução da renda dos brasileiros causada, entre outros motivos, pelo desemprego, e a possibilidade de um desastre ainda maior na

[79] https://covid.saude.gov.br/

[80] https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2020/06/09/covid-19-mascara-dados-de-desemprego.htm

[81] https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2020/05/pandemia-reduziu-renda-de-68-dos-brasileiros-indica-datasenado

[82] http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5628-boletim-covid-19-ans-divulga-novos-dados-do-monitoramento-do-setor

rede pública de saúde com a migração em massa de beneficiários da Saúde Suplementar para o SUS, peço apoio dos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 25 de junho de 2020.

Deputado CAPITÃO ALBERTO NETO

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. 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 qüinquagésimo 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)*

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.885, DE 2020

(Do Sr. Gervásio Maia e outros)

Obriga às operadoras de planos de saúde privados realizarem exames do teste sorológico para COVID - 19.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2154/2020.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Fica incluído no rol de procedimentos obrigatórios dos planos de saúde privados o exame do teste sorológico para COVID - 19, com a finalidade de identificar a presença de anticorpos IgA, IgC ou IgM no sangue dos usuários expostos ao vírus.

Parágrafo Único: Caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no prazo de 10 (dez) dias, publicar Resolução regulamentando a presente lei, inclusive quanto a fiscalização e aplicação de penalidades em caso de descumprimento.

Art. 2º. Está lei entra vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente:

O presente projeto de lei visa obrigar as Operadoras de Planos de Saúde privados incluírem no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, o exame de teste sorológico para COVID - 19.

A proposta tem como objetivo dar um fim a novela que tramita na Justiça envolvendo a própria ANS, operadoras de planos de saúde privados e a atuante Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps), autora da ação judicial.

Em tempos de pandemia é preciso que haja uma articulação de esforços do Poder Público, dos entes privados e da sociedade para combater a proliferação do vírus. O Brasil já é o segundo país em contaminação, atrás apenas dos EUA.

Segundo dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde o Brasil já registra na data de hoje 79.533 mortes por Covid-19 e 2.099.896 infectados, registrando uma média de 1055 mortes por dia.

A realização do exame que o presente projeto de lei passa a exigir obrigatoriedade da sua realização pelas operadoras dos planos de saúde privados é importante porque identifica a presença de anticorpos IgA, IgG ou IgM no sangue dos pacientes expostos ao vírus e vinha sendo realizado pelas operadoras por força de uma decisão judicial favorável aos usuários que gerou a resolução normativa 458/2020 da ANS.

Todavia, neste último fim de semana, o TRF-5 (Tribunal Regional Federal da 5ª Região) acatou o pedido de agravo de instrumento interposto pela própria ANS contra a decisão de 1ª instância favorável à ação civil pública da Aduseps (Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde), que permitiu a inclusão do exame no rol de coberturas obrigatórias dos planos de saúde.

Logo, a presente propositura visa tornar a obrigatoriedade da realização do exame e, por consequência, por um fim ao entrevero judicial, favorecendo os usuários dos planos de saúde privados, garantindo-lhes a realização de exames para identificar a presença da COVID-19.

Assim, caros pares, entendemos se tratar de projeto de importância relevância para a saúde pública em tempos de pandemia de Coronavírus, solicitando desde já sua tramitação em regime de urgência, nos termos do art. 155 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, assim como a sua aprovação.

Brasília (DF), 20 de julho de 2020.

GERVÁSIO MAIA
Deputado Federal (PSB/PB)

Vilson da Fetaemg - PSB/MG
João H. Campos - PSB/PE
Lídice da Mata - PSB/BA
Cássio Andrade - PSB/PA
Bira do Pindaré - PSB/MA
Denis Bezerra - PSB/CE
Camilo Capiberibe - PSB/AP
Gonzaga Patriota - PSB/PE
Júlio Delgado - PSB/MG
Alessandro Molon - PSB/RJ

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 Nº 458, DE 26 DE JUNHO DE 2020

Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes sorológicos para a infecção pelo Coronavírus (COVID-19), em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017; e em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300, em reunião realizada em 25 de junho de 2020, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º Em cumprimento ao que determina a decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300, a presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a utilização de testes sorológicos para infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19).

Art. 2º O Anexo I da RN nº 428, de 2017, passa a vigorar acrescido do item SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19) - Pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com diretriz de utilização), conforme Anexo desta Resolução.

Art. 3º O Anexo II da RN nº 428, de 2017, passa a vigorar acrescido do item SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19) - Pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM, com a redação de DUT, conforme Anexo desta Resolução.

Art. 4º O Anexo desta RN estará disponível para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na internet - www.ans.gov.br.

Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ROGÉRIOSCARABE

RESOLUÇÃO Nº 17, DE 1989

Aprova o Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

A CÂMARA DOS DEPUTADOS, considerando a necessidade de adaptar o seu funcionamento e processo legislativo próprio à Constituição Federal,

RESOLVE:

Art. 1º O Regimento Interno da Câmara dos Deputados passa a vigorar na conformidade do texto anexo.

Art. 2º Dentro de um ano a contar da promulgação desta resolução, a Mesa elaborará e submeterá à aprovação do Plenário o projeto de Regulamento Interno das Comissões e a alteração dos Regulamentos Administrativo e de Pessoal, para ajustá-los às diretrizes estabelecidas no Regimento.

Parágrafo único. Ficam mantidas as normas administrativas em vigor, no que não contrarie o anexo Regimento, e convalidados os atos praticados pela Mesa no período de 1º de fevereiro de 1987, data da instalação da Assembléia Nacional Constituinte, até o início da vigência desta resolução.

Art. 3º A Mesa apresentará projeto de resolução sobre o Código de Ética e Decoro Parlamentar. *(Vide Resolução nº 25, de 2001)*

Art. 4º Ficam mantidas, até o final da sessão legislativa em curso, com seus atuais Presidente e Vice-Presidentes, as Comissões Permanentes criadas e organizadas na forma da Resolução nº 5, de 1989, que terão competência em relação às matérias das Comissões que lhes sejam correspondentes ou com as quais tenham maior afinidade, conforme discriminação constante do texto regimental anexo (art. 32). *(Vide Resolução nº 20, de 2004)*

§ 1º Somente serão apreciadas conclusivamente pelas Comissões, na conformidade do art. 24, II, do novo Regimento, as proposições distribuídas a partir do início da vigência desta Resolução.

§ 2º Excetuam-se do prescrito no parágrafo anterior os projetos em trâmite na Casa, pertinentes ao cumprimento dos arts. 50 e 59 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em relação aos quais o Presidente da Câmara abrirá o prazo de cinco sessões para a apresentação de emendas nas Comissões incumbidas de examinar o mérito das referidas proposições.

Art. 5º Ficam mantidas, até o final da legislatura em curso, as lideranças constituídas, na forma das disposições regimentais anteriores, até a data da promulgação do Regimento Interno.

Art. 6º Até 15 de março de 1990, constitui a Maioria a legenda ou composição partidária integrada pelo maior número de representantes, considerando-se Minoria a representação imediatamente inferior.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Revogam-se a Resolução nº 30, de 1972, suas alterações e demais disposições em contrário.

Brasília, 21 de setembro de 1989. - *Paes de Andrade,* Presidente.

REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

.....

TÍTULO V

DA APRECIAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES

.....

CAPÍTULO VII

DA URGÊNCIA

.....

Seção II
Do Requerimento de Urgência

.....

Art. 155. Poderá ser incluída automaticamente na Ordem do Dia para discussão e votação imediata, ainda que iniciada a sessão em que for apresentada, proposição que verse sobre matéria de relevante e inadiável interesse nacional, a requerimento da maioria absoluta da composição da Câmara, ou de Líderes que representem esse número, aprovado pela maioria absoluta dos Deputados, sem a restrição contida no § 2º do artigo antecedente.

Art. 156. A retirada do requerimento de urgência, bem como a extinção do regime de urgência, atenderá às regras contidas no art. 104.

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.970, DE 2020

(Da Sra. Lauriete)

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, incluindo obrigatoriedade de realizar exames para realizar diagnóstico de Covid-19

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2154/2020.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Acrescente-se o parágrafo abaixo ao art. 12, da Lei n.º 9.656, de 3 dejunho de 1998, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 12. (…)

§6º Será obrigatória a cobertura de exames que auxiliam no diagnóstico e tratamento da Covid-19, inclusive os sorológicos;

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

JUSTIFICAÇÃO

Antes de entrar ao mérito da justificação, cabe informar que a ANS havia incluído o teste sorológico na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde no fim de junho, atendendo a uma decisão judicial dada em Ação Civil Pública.

Todavia, em sede recursal ANS derrubou a liminar que obriga convênios a cobrirem o teste sorológico. Sendo assim, a Resolução Normativa n.º 458, de 26 de junho de 2020 da ANS foi suspensa a partir da 530ª Reunião de Diretoria Colegiada, realizada em 16 de julho de 2020.

Em um momento em que a pandemia do novo coronavírus continua avançando no Brasil e no mundo, cresce a necessidade de manter disponíveis testes em massa para detecção da doença e conhecimento do real número de infectados.

O diagnóstico realizado de forma massiva é fundamental para que o governo tome as medidas de prevenção adequadas, tais como funcionamento e protocolos a serem obedecidos por determinados entes da federação mais afetados.

Embora os testes sorológicos não sejam recomendados como única forma de diagnóstico da doença, podemos considerá-los como a principal alternativa para a triagem inicial e testagem em massa da população.

Os resultados obtidos pelos exames podem fornecer dados importantes para o entendimento e o rastreamento da infecção pelo novo coronavírus em toda a população brasileira.

Pelo exposto, é certo que o aumento de realização de exames para detecção do covid-19 importará numa acelerada redução do alcance da doença através do aprimoramento de dados sobre o seu alastramento. Assim, conto com apoio dos eminentes pares para a aprovação da presente medida.

Sala das Sessões, 28 de julho de 2020.

DEPUTADA LAURIETE

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 458, DE 26 DE JUNHO DE 2020

Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes sorológicos para a infecção pelo Coronavírus (COVID-19), em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; o inciso III do art. 4º e inciso II

do art. 10, ambos da Lei nº 9.661, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017; e em cumprimento a determinação judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300, em reunião realizada em 25 de junho de 2020, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

Art. 1º Em cumprimento ao que determina a decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0810140-15.2020.4.05.8300, a presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a utilização de testes sorológicos para infecção pelo novo Coronavírus (COVID-19).

Art. 2º O Anexo I da RN nº 428, de 2017, passa a vigorar acrescido do item SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19) - Pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM (com diretriz de utilização), conforme Anexo desta Resolução.

Art. 3º O Anexo II da RN nº 428, de 2017, passa a vigorar acrescido do item SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19) - Pesquisa de anticorpos IgA, IgG ou IgM, com a redação de DUT, conforme Anexo desta Resolução.

Art. 4º O Anexo desta RN estará disponível para consulta e cópia no sítio institucional da ANS na internet - www.ans.gov.br.

Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

ROGÉRIO SCARABEL

PROJETO DE LEI N.º 4.167, DE 2020

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Obriga os planos de saúde realizarem a cobertura dos testes de anticorpos para IgA, IgM e IgG pelo método de sorologia.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2154/2020.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei obriga os planos de saúde realizarem a cobertura dos testes de anticorpos para IgA, IgM e IgG pelo método de sorologia.

Art. 2º. Acrescenta a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, visando obrigar a cobertura dos planos de saúde para realizarem pesquisas de anticorpos (testagem) IgA, IgM e IgG pelo método de sorologia.

Art. 3º. O artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passa a vigorar acrescido da seguinte redação:

“Art.35.C.....
.....

IV – de testes sorológicos a pesquisas de anticorpos IgA, IgM e IgG para realizarem pesquisas de testagem, a fim de verificar a positividade do COVID-19, pelo método de sorologia. ”(NR)

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Este é um projeto de lei que exige que o plano de saúde cubra a detecção de anticorpos IgA, IgM e IgG usando métodos sorológicos.

O Serviço Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decidiu remover os exames sorológicos da lista de procedimentos obrigatórios no plano de saúde, ou seja, exames rápidos, para detectar a covid-19.

Desde o início dessa crise de saúde pública, a agência da ANS responsável pela regulação do mercado de seguros de saúde incluiu alguns testes necessários para diagnosticar e tratar novos coronavírus na lista de procedimentos.

Segundo dados do portal World Meters, o site coleta dados globais sobre o desempenho da nova pandemia de coronavírus em vários países, e o Brasil ficou em 110º no teste. Por sua vez, como aproximadamente 80% (80%) dos casos positivos são assintomáticos, apenas um grande número de testes é uma ferramenta adequada para monitorar o desenvolvimento da pandemia e poder tomar medidas oportunas para controlar a infecção.

Para exemplificar essa realidade, é necessário que o judiciário ordene a inclusão de testes sorológicos nas taxas obrigatórias dos operadores, para que a AIEA possa regular a questão através do RN RN de 2020.

No entanto, a ANS conseguiu anular a decisão do judiciário. Na nota de esclarecimento, a AIEA informou ao RN que ainda é válido, mas o tópico será discutido pelo conselho universitário autocrático, que avaliará as medidas a serem tomadas.

No entanto, os representantes de nosso pessoal não podem permitir que mais de 40 milhões de beneficiários brasileiros estejam à mercê desses planos. Deve-se garantir que essas pessoas tenham estabilidade e segurança mínimas neste momento sem precedentes na história atual.

Face à enorme relevância do tema, conto com o apoio dos nobres pares para analisar, aperfeiçoar e aprovar este projeto de lei com a maior brevidade.
Sala das Sessões, em 11 de agosto de 2020.

Deputado **JUNINHO DO PNEU**
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. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.
Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no

competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 4.344, DE 2020

(Da Sra. Maria Rosas)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para incluir no plano referência de assistência à saúde a cobertura para atendimento domiciliar.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3014/2019.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O caput do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial, hospitalar e domiciliar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

Art. 2º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12.....

I - .....

.....

d) cobertura de atendimentos domiciliares, por indicação do médico assistente, nos termos de regulamento.

II - .....

.....

h) cobertura de internações domiciliares e "*home-care"*, por indicação do médico assistente, nos termos de regulamento.

....." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e vinte dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Mais de 45 milhões de brasileiros são beneficiários de planos privados de assistência à saúde, seja de contratação individual ou coletiva. Essas pessoas dependem da saúde suplementar para atendimento de suas necessidades de saúde, nos diversos níveis de complexidade.

O plano de referência, definido na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, prevê atendimentos ambulatoriais e hospitalares, de forma a oferecer assistência de forma integral. Entretanto, a maioria dos planos de saúde não oferece atendimento ou internação domiciliar, o que nos parece uma lacuna legal que precisa ser superada.

Em muitos casos, os serviços domiciliares podem trazer benefícios para o paciente, com enfoque não apenas terapêutico, mas, também, preventivo, além da redução de uso de leitos hospitalares, visto que não há no Brasil número suficiente para atendimento aos pacientes necessitados, sendo o atendimento domiciliar indispensável. O profissional de saúde, ao atender em domicílio, pode realizar o raciocínio clínico considerando o contexto no qual está inserida a pessoa atendida, permitindo uma escolha terapêutica adequada.

A internação domiciliar é também uma modalidade que traz inúmeros benefícios, tanto do ponto de vista terapêutico, como do psicossocial. O enfrentamento da doença no ambiente familiar tende a trazer muito mais conforto e a preservar a intimidade do paciente, afastamento de risco de infecção hospitalar e convívio familiar.

Apesar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não reconhecer o atendimento domiciliar como direito para todos os beneficiários, a legislação federal e normas do Ministério da Saúde já admitem o atendimento domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a realização de procedimentos compatíveis. Em 2002, a Lei nº 10.424 incluiu estas modalidades na lei orgânica do SUS (Lei nº 8.080, de 1990):

"CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e

de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio".

Entendemos que, se o usuário do SUS tem direito a essas modalidades, não haveria motivo técnico para sua exclusão da cobertura mínima da saúde suplementar.

Ressalte-se que essa proposta pode, no médio ou longo prazo, beneficiar também as operadoras, uma vez que a assistência domiciliar pode auxiliar na promoção da saúde e prevenção de agravos. Ademais, a internação domiciliar tende a trazer custos menores do que a hospitalar, além de evitar infecções hospitalares.

Portanto, diante do exposto, e considerando a urgência de se garantir esse direito aos pacientes, pedimos o apoio dos nobres colegas parlamentares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 25 de agosto de 2020.

Deputada MARIA ROSAS

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade

competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*

.....
.....

LEI Nº 10.424, DE 15 DE ABRIL DE 2002

Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo VI e do art. 19-I:

CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.
§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.
§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. "
Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 15 de abril de 2002; 181º da Independência e 114º da República.
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Barjas Negri

PROJETO DE LEI N.º 4.433, DE 2020

(Do Sr. Deuzinho Filho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 para incluir a cobertura de vacina contra o Covid-19 nos planos e seguro privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2538/2011.

Apresentação: 02/09/2020 11:41 - Mesa
PL n.4433/2020

PROJETO DE LEI Nº , DE 2020

(Do Sr.DEUZINHO FILHO)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 para incluir a cobertura de vacina contra o Covid-19 nos planos e seguro privados de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para incluir a cobertura de vacina contra o COVID-19 nos planos e seguro privados de assistência à saúde.

Art. 2º. O art. 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

.....

d) cobertura de vacina contra o Coronavírus – COVID-19." (NR)

Art. 3º. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A vacinação é uma das maiores conquistas da humanidade, sendo o meio mais seguro e eficaz de prevenir doenças infectocontagiosas. A vacina protege o corpo humano contra os vírus e bactérias que provocam

Documento eletrônico assinado por Deuzinho Filho (REPUBLIC/CE), através do ponto SDR_56559, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD209946738100

Apresentação: 02/09/2020 11:41 - Mesa
PL n.4433/2020

vários tipos de doenças graves, que podem afetar seriamente a saúde das pessoas levando-as, inclusive à morte. Como é o caso do Coronavírus – COVID-19.

A vacinação não apenas protege aqueles que recebem a vacina, mas também ajuda a comunidade como um todo. Quanto maior for o número de pessoas de uma comunidade, menor é a chance de qualquer uma delas – vacina ou não – ficar doente.

A vacina estimula a defesa do corpo contra os microrganismos (vírus e bactérias) que provocam doenças e podem ser produzidas a partir de microrganismos enfraquecidos, mortos ou a partir de alguns de seus derivados.

Quando uma pessoa é vacinada, seu corpo detecta a substância da vacina e produz uma defesa, que são os chamados anticorpos. Esses anticorpos permanecem no organismo e evitam que a doença ocorra no futuro, por meio da memória imunológica. A isto chamamos Imunidade.

O novo Coronavírus foi descoberto em Wuhan, cidade chinesa com 11 milhões de habitantes, por conta de uma série de casos de pneumonia com origem desconhecida. Depois de algumas pesquisas, foi descoberta a COVID-19, doença causada pelo novo Coronavírus. Desde então, o vírus vem se espalhando exponencialmente por todo o globo terrestre – e já causou quase 800 mil mortes[1] confirmadas só até meados de agosto.

Segundo o Ministério da Saúde, a doença chegou ao Brasil em janeiro e, até a primeira quinzena de agosto, foram confirmados cerca 3,6 milhões de casos e mais de 114 mil mortes[2]. A situação é crítica, em alguns estados do País já estão com os sistemas de saúde sobrecarregados e entrando em colapso – o que aconteceu também em alguns países da Europa como Itália e Espanha, e está acontecendo nos Estados Unidos.

1 https://www.google.com/search?q=coronav%C3%ADrus+no+mundo+mapa&rlz=1C1SQJL_pt-BRBR783BR783&oq=coronav%C3%ADrus+no+mundo+&aqs=chrome.1.69i57j0l7.10263j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
2 https://covid.saude.gov.br/

Documento eletrônico assinado por Deuzinho Filho (REPUBLIC/CE), através do ponto SDR_56559, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD209946738100

Apresentação: 02/09/2020 11:41 - Mesa
PL n.4433/2020

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 172 países estão envolvidos no plano para o desenvolvimento e acesso igualitário a vacinas contra a covid-19. É evidente que no início haverá fornecimento limitada de vacina contra covid-19, é importante dar a vacina àquelas pessoas em maior risco.

Conforme dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE[3] a população brasileira já ultrapassou a 211 milhões de habitantes. Para atender a demanda de vacinação o governo brasileiro já fez acordo de cooperação de desenvolvimento tecnológico com o laboratório AstraZeneca, para a disponibilização de 100 milhões de doses a disposição da população brasileira. No entanto, o Brasil terá condições suficientes para adquirir gratuitamente a vacina para toda a população brasileira?

O Covid-19 ameaça particularmente a saúde e a renda dos mais pobres e que já tinham vínculos frágeis no mercado de trabalho. A maioria das vacinas é fornecida pela rede pública de saúde, esse é o papel do Sistema Único de Saúde – SUS – imunizar a população. Algumas vacinas tem a cobertura obrigatória, para o grupo de risco como é o caso da vacina contra a dengue e a OncoBCG, conforme o disposto na Lei nº 9.656/98.

É importante que os plano e seguro de saúde possam oferecer a cobertura a vacinação em casos de calamidade pública de importância internacional, como é o caso do Coronavírus – COVID-19.

Por esse motivo apresentamos a presente proposição permitindo que os planos de saúde privada possam arcar com as despesas de vacinação contra o covid-19 e desafogando assim o Sistema Único de Saúde-SUS para que possam vacinar toda a população mais humilde.

Sala das Sessões, em de de 2020.

DEPUTADO DEUZINHO FILHO

Documento eletrônico assinado por Deuzinho Filho (REPUBLIC/CE), através do ponto SDR_56559, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



3 https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial

médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012,*

em vigor 180 dias após a publicação)
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.571, DE 2020

(Do Sr. Luiz Lima)

"Altera a","", que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados por fisioterapeutas."

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5881/2019.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A alínea “b” do inciso I do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. .....

I - .....

.....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente ou pelo fisioterapeuta, assim definida pelas normas que regulamentam a profissão;

.....” (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade. É, na verdade, um estado completo de bem-estar físico, mental e social[83]. Para alcançá-la, é preciso um esforço conjunto e transdisciplinar. Não só os médicos têm o protagonismo no cuidado com o indivíduo. Os demais profissionais de saúde são igualmente importantes. Nesta pandemia, por exemplo, ficou evidente como os fisioterapeutas e enfermeiros foram fundamentais no cuidado de indivíduos que estiveram com a condição de saúde vulnerabilizada com a COVID-19.

Porém, infelizmente, os profissionais de saúde não médicos não são devidamente

[83] http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html

valorizados na Saúde Suplementar. No âmbito dos planos de saúde, quando os fisioterapeutas sentem a necessidade da realização de exames complementares para analisar o progresso do tratamento fisioterapêutico, é preciso que um médico solicite a sua realização. Essa regra, na nossa opinião, atrapalha o fluxo do tratamento, e acaba tornando-o mais oneroso.

O art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, que trata dos planos no País, garante o acesso a atendimento por profissionais e serviços de saúde - e não apenas por médicos. Cada profissional da equipe tem de ter garantida a dignidade e a autonomia no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício profissional.

A fisioterapia, por exemplo, é uma ciência aplicada que tem o objetivo de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função. O processo terapêutico lança mão de recursos próprios, com os quais busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica o indivíduo a uma melhor qualidade de vida.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional atribui ao fisioterapeuta a competência para solicitação de laudos técnicos e exames complementares, no intuito de lhe proporcionar uma avaliação correta das condições do paciente e de reajustes ou alterações das condutas terapêuticas empregadas, adequando-as quando necessário.

Por isso, nada mais justo que garantirmos a profissionais, como fisioterapeutas, o direito de solicitarem os exames adequados para a condução do tratamento do seu paciente no âmbito da Saúde Suplementar. A autonomia desses profissionais de saúde tem de ser preservada. Não podemos apoiar a manutenção do monopólio de indicações dos profissionais médicos. Não existe qualquer argumento que sustente a necessidade de pacientes terem de retornar para a consulta médica para dar continuidade a um tratamento fisioterapêutico.

Para alcançar esses resultados, pedimos apoio dos nobres parlamentares na aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em 15 de setembro de 2020.

Deputado LUIZ LIMA

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*

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 qüinquagésimo 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)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 4.574, DE 2020

(Da Sra. Carla Zambelli)

Dispõe sobre os prazos para autorização e entrega do resultado de exame RT-PCR para detecção do novo coronavírus.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2154/2020.

Art. 1º. As Operadoras de Plano de Assistência à Saúde deverão autorizar, no prazo de vinte e quatro horas, a realização de exame RT-PCR, para detecção do novo coronavírus.

Art. 2º. O resultado do exame RT-PCR deverá ser disponibilizado pelos laboratórios no prazo máximo de três dias úteis após sua realização.

Art. 3º. O não-cumprimento do disposto nos artigos 1º ou 2º implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 1.000,00 (hum mil reais).

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Um dos grandes desafios da atualidade é o enfrentamento da pandemia da COVID-19, que tem ceifado a vida de milhares de pessoas ao redor do mundo, tornando-se uma verdadeira emergência global de saúde pública.

Dessa forma, o diagnóstico precoce e célere das pessoas infectadas pelo novo coronavírus mostra-se fundamental para o combate dessa doença. Nesse sentido, o Ministério da Saúde alerta que o diagnóstico e o tratamento precoces são deveras importantes para se evitarem óbitos pela Covid-19.

Na esfera privada, a demora para a autorização, realização e liberação do resultado de exame RT-PCR para detecção do novo coronavírus tem sido um grave problema. Há casos inclusive de judicialização dessas demandas. Recentemente, a Justiça de São Paulo determinou que a Unimed Campinas autorize, em 24 horas, a realização de exame RT-PCR para detecção do coronavírus.[84]

Ademais, a demora entre a coleta de exames para o diagnóstico de COVID-19 e a liberação do resultado dos testes está a prejudicar a contenção da pandemia do novo coronavirus, já que possíveis infectados por vezes não ficam em isolamento e,

[84] https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/unimed-deve-liberar-exame-para-covid-19-em-ate-24h-decide-tjsp-30072020

consequentemente, continuam a propagar a doença.[85]

Por todo o exposto, considerando a necessidade de se tornar mais célere a autorização, a realização - quando disponível o teste no mercado interno - e a entrega dos resultados do exame RT-PCR para detecção do novo coronavírus, solicito o apoio dos nobres pares à aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 15 de setembro de 2020.

Deputada Carla Zambelli
PSL/SP

PROJETO DE LEI N.º 5.648, DE 2020
(Da Sra. Jéssica Sales)

Trata de acrescentar os artigos 11-A e 11-B à lei 9.656, de 03 de junho de 1998, para definir, primeiro, como prática abusiva, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, a negativa de cobertura de exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário, e, segundo, para estabelecer a impossibilidade dos planos privados de assistência à saúde em negarem cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4460/2019.

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1°. A lei 9.656, de 03 de junho de 1998, passará a vigorar acrescida do artigo 11-A, com a seguinte redação:

"Art. 11-A: Constitui prática abusiva, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, a negativa de cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário".

Art. 2°. A lei 9.656, de 03 de junho de 1998, passará a vigorar acrescida do artigo 11-B, com a seguinte redação:

"Art. 11-B: É vedado às operadoras de planos de assistência à saúde condicionarem ou negarem cobertura de tratamentos, exames

[85] https://www.progresso.com.br/cotidiano/demora-em-resultados-de-testes-prejudica-contencao-do-covid-19/373865/

ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário naquelas hipóteses em que não houver expressa ressalva no instrumento contratual quanto à cobertura da doença.”

Art. 3°. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A presente proposição legislativa tem por objetivo definir como prática abusiva a negativa, por parte das pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de assistência à saúde, de cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário. Visa, ainda, coibir que as operadoras neguem cobertura de tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico para preservar a saúde ou a vida do beneficiário naquelas hipóteses em que não houver expressa ressalva no instrumento contratual quanto à cobertura da doença.

Embora os planos de saúde, via de regra, não possam negar tratamento previsto por médico, por consubstanciar tal conduta em prática abusiva e atentatória à dignidade da pessoa humana, tem sido comum verificar-se a recusa de cobertura para alguns tipos de tratamentos, exames ou procedimentos médicos de valores mais elevados, sob o pretexto de que estes tratamentos, exames ou procedimentos não estariam previstos em resolução normativas da Agência Nacional de Saúde que regulamentam a matéria, ou, ainda, por não haver, nos respectivos instrumentos contratuais, a previsão da obrigatoriedade de cobertura do tratamento, exame ou procedimento prescrito.

Com efeito, a intenção, com o presente projeto de lei, é inverter esta lógica, para que a recusa de cobertura a tratamentos, exames ou procedimentos prescritos por médico passe a ser menos recorrente por parte das operadoras de planos de assistência à saúde, notadamente naquelas situações que envolvam custos financeiros mais elevados.

Deste modo, o acréscimo dos artigos 11-A e 11-B à lei 9.656, de 03 de junho de 1998, busca compatibilizar a letra da lei com o entendimento jurisprudencial pacífico de nossos tribunais, notadamente com a compreensão externalizada pelo Superior Tribunal de Justiça a respeito do tema, senão vejamos:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. TRATAMENTO

PRESCRITO POR PROFISSIONAL HABILITADO. RECUSA INDEVIDA. REEMBOLSO DE HONORÁRIOS MÉDICOS. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO INEQUÍVOCA DE QUE O TRATAMENTO ESPECIALIZADO RECOMENDADO AO RECORRENTE PODE SER FEITO, COM A MESMA EFICIÊNCIA, POR PROFISSIONAIS VINCULADOS. GRAVIDADE DO ESTADO DE SAÚDE. REVISÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. [...]

2. O Superior Tribunal de Justiça possui entendimento de que o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica indicada por profissional habilitado na busca da cura. Desse modo, entende-se ser abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento, medicamento ou procedimento imprescindível, prescrito para garantir a saúde ou a vida do beneficiário. Precedentes.

3. [...]

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp 1453763/ES, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 01/06/2020, DJe 15/06/2020)

Assim, o objetivo da proposição é deixar claro que, estando a doença coberta pelo contrato, descabe à operadora definir, impor restrições ou recusar cobertura ao tipo de terapêutica e exames indicados por profissional habilitado na busca da cura.

Sala das Sessões, em de dezembro de 2020.

Deputada Jéssica Sales.

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. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 39, DE 2021

(Do Sr. Luiz Lima)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, para assegurar a remoção e a substituição de implantes mamários utilizados para reconstrução ou simetrização no tratamento de mutilação decorrente de câncer quando ocorrerem complicações a eles relacionadas.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2981/2011.

Apresentação: 03/02/2021 16:24 - Mesa
PL n.39/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. Deputado Federal LUIZ LIMA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, para assegurar a remoção e a substituição de implantes mamários utilizados para reconstrução ou simetrização no tratamento de mutilação decorrente de câncer quando ocorrerem complicações a eles relacionadas.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta lei altera as Leis 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, para assegurar a remoção e substituição de implantes utilizados para reconstrução ou simetrização das mamas no tratamento de mutilação decorrente de câncer em caso de complicações a eles relacionadas.

Art. 2º. O art. 10-A da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

“Art. 10-A.....

.....

§ 4º Ficam asseguradas a remoção e a substituição dos implantes empregados na reconstrução ou simetrização das mamas no tratamento de mutilação decorrente de câncer em caso de ocorrerem complicações a eles relacionadas.” (NR)

Art. 3º. O art. 2º da Lei 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de

Documento eletrônico assinado por Luiz Lima (PSL/RJ), através do ponto SDR_56311, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD215786569900

Apresentação: 03/02/2021 16:24 - Mesa
PL n.39/2021

mutilação decorrentes de tratamento de câncer, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

"Art. 2º.....

.....

§ 4º Ficam asseguradas a remoção e a substituição dos implantes empregados na reconstrução ou simetrização das mamas no tratamento de mutilação decorrente de câncer em caso de ocorrerem complicações a eles relacionadas." (NR)

Art. 4º. Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

A legislação que trata do tratamento do câncer de mama e a reconstrução tem sido aperfeiçoada ao longo do tempo, permitindo que as mutilações decorrentes das intervenções cirúrgicas sejam cada vez menos traumáticas para as pacientes. Isso tem ocorrido por meio da reconstrução imediata, quando existem condições, ou pela garantia de realização do procedimento reparador assim que possível.

De fato, desde que foram editadas, na década de 90, as normas sobre a cirurgia plástica reparadora na esfera dos planos e seguros privados de saúde, bem como do Sistema Único de Saúde, vêm sofrendo aperfeiçoamentos, como os incorporados pela Lei 13.770, já em 2018, que trata da simetrização e reconstrução do complexo aréolo-papilar.

Em algumas situações, há necessidade do uso de expansores de tecidos ou de implantes mamários na reconstrução. No entanto, esses podem acarretar complicações, em grande parte de natureza infecciosa, por hematoma, linfocele ou contratura, que exigirão que sejam removidos.

Assim, pretendemos assegurar a remoção de implantes mamários que apresentarem complicações após reconstrução por neoplasia e a colocação de novos elementos assim que as condições clínicas permitirem.

Documento eletrônico assinado por Luiz Lima (PSL/RJ), através do ponto SDR_56311, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD215786569900

Apresentação: 03/02/2021 16:24 - Mesa
PL n.39/2021

Trata-se de proposição revestida de bom-senso, que ampara as pacientes que sofreram mastectomia após o câncer em caso de surgirem complicações. Diante disso, pedimos o concurso dos nobres Parlamentares para apreciar e aprovar a matéria com a celeridade que ela exige.

Sala das Sessões, em 03 de fevereiro 2021.

Deputado Federal LUIZ LIMA

2020-12198

Documento eletrônico assinado por Luiz Lima (PSL/RJ), através do ponto SDR_56311, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 9.797, DE 6 DE MAIO DE 1999

Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º As mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva.
Art. 2º Cabe ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no art. 1º, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias.
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.802, de 24/4/2013)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.802, de 24/4/2013)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no art. 1º desta Lei e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de cento e oitenta dias.
Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de maio de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

LEI Nº 13.770, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2018

Altera as Leis nºs 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º O art. 10-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º, 2º e 3º:
"Art.10-A.....
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no caput deste artigo.
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as

condições clínicas requeridas.
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no caput e no § 1º deste artigo." (NR)
Art. 2º O art. 2º da Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:
"Art. 2º .....
.....
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no art. 1º desta Lei e no § 1º deste artigo." (NR)
Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 19 de dezembro 2018; 197º da Independência e 130º da República.

MICHEL TEMER
Torquato Jardim
Gustavo do Vale Rocha

PROJETO DE LEI N.º 97, DE 2021

(Do Sr. Alexandre Frota)

Determina a periodicidade anual para reajustes de Planos de Saúde, sem que haja a possibilidade de exceções.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-8276/2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Alexandre Frota – PSDB/SP

Apresentação: 03/02/2021 16:37 - Mesa
PL n.97/2021

PROJETO DE LEI N° DE 2021

(Deputado Alexandre Frota)

Determina a periodicidade anual para reajustes de Planos de Saúde, sem que haja a possibilidade de exceções.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1° Não poderá haver mais de um reajuste anual de parcelas de plano de saúde, não caberá exceção a esta regra, de acordo com a Lei 9.656 de 03 de junho de 1998.

Art. 2° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICTIVA

Os planos de saúde não poderão realizar mais de um reajuste anual em suas parcelas, desta forma não há a possibilidade de reajuste por qualquer tipo de acordo realizado.

A Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 já prevê a anualidade dos reajustes, portanto não se admite exceção à regra.

Documento eletrônico assinado por Alexandre Frota (PSDB/SP), através do ponto SDR_56340, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



Câmara dos Deputados - Anexo IV – 2º andar – Gabinete 216| 70160-900 Brasília -DF
Tel (61) 3215-5216 – Fax (61) 3215-2216 - dep.alexandrefrota@camara.leg.br

Apresentação: 03/02/2021 16:37 - Mesa
PL n.97/2021

Não podemos onerar mais ainda a população neste momento em que a pandemia tomou conta do país e que a economia brasileira passa por uma crise séria no pais.

Cada ramo de atividade tem que se adequar a nova realidade que todos nós atravessamos, realizar mais de um reajuste seria uma crueldade com a população usuária destes planos.

Por todo o exposto, espera o autor a tramitação regimental e apoio dos nobres colegas na aprovação do Projeto de Lei, que atende aos pressupostos de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Sala das Sessões em, de janeiro de 2021

Alexandre Frota
Deputado Federal
PSDB/SP

Documento eletrônico assinado por Alexandre Frota (PSDB/SP), através do ponto SDR_56340, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 113, DE 2021

(Do Sr. Alexandre Frota)

"Obriga a todos as empresas de Planos Privados de Assistência de Saúde o atendimento dos casos de Covid 19 para todos os seus consumidores e contratantes. "

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-955/2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Alexandre Frota – PSDB/SP

Apresentação: 03/02/2021 16:38 - Mesa
PL n.113/2021

PROJETO DE LEI Nº DE 2021

(Deputado Alexandre Frota)

"Obriga a todos as empresas de Planos Privados de Assistência de Saúde o atendimento dos casos de Covid 19 para todos os seus consumidores e contratantes. "

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1°- Os Planos Privados de Assistência de Saúde ficam obrigados a atender no que for necessário, todos os casos de seus consumidores, que porventura contraiam a doença da Covid 19, causada pelo Coronavirus, sem exceção de quem quer que seja.

Art. 2° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

A Covid 19 é uma doença adquirida pelo contágio do Coronavirus e que vem assolando o país em número crescente de casos e em todos os Estados da Federação.

Documento eletrônico assinado por Alexandre Frota (PSDB/SP), através do ponto SDR_56340, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD217948277900

Câmara dos Deputados - Anexo IV – 2º andar – Gabinete 216| 70160-900 Brasília -DF
Tel (61) 3215-5216 – Fax (61) 3215-2216 - dep.alexandrefrota@camara.leg.br

Apresentação: 03/02/2021 16:38 - Mesa
PL n.113/2021

Diversos consumidores de Planos de Saúde têm reclamado da falta de assistência em virtude desta doença pelas empresas contratadas.

Não podemos admitir tal situação, a obrigatoriedade de atendimento à saúde dos seus consumidores é estabelecida por lei, porém em virtude do número elevado de casos, já há relatos de Planos de Saúde não querem atender seus consumidores e contratantes.

Os consumidores precisam ser protegidos mais uma vez de atitudes irresponsáveis que causam maior insegurança e sofrimento aos familiares, o objetivo deste Projeto de Lei é garantir a todos usuários do sistema privado de saúde atendimento imediato.

Por todo o exposto, espera o autor a tramitação regimental e apoio dos nobres colegas na aprovação do Projeto de Lei, que atende aos pressupostos de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Brasília de janeiro de 2021

Alexandre Frota
Deputado Federal
PSDB/SP

Documento eletrônico assinado por Alexandre Frota (PSDB/SP), através do ponto SDR_56340, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD217948277900

PROJETO DE LEI N.º 377, DE 2021

(Do Sr. Luizão Goulart)

Dispõe sobre o direito do paciente que for atendido pelas equipes de socorro das Polícias, do Corpo de Bombeiros ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de optar por ser encaminhado a estabelecimentos de pronto atendimento privados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3218/2019.

Apresentação: 10/02/2021 16:31 - Mesa
PL n.377/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. LUIZÃO GOULART)

Dispõe sobre o direito do paciente que for atendido pelas equipes de socorro das Polícias, do Corpo de Bombeiros ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de optar por ser encaminhado a estabelecimentos de pronto atendimento privados.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre o direito do paciente que for atendido pelas equipes de socorro das Polícias, do Corpo de Bombeiros ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de optar por ser encaminhado a estabelecimentos de pronto atendimento privados sob sua responsabilidade.

Art. 2º O paciente que for atendido pelas equipes de socorro das Polícias, do Corpo de Bombeiros ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e estiver consciente, de acordo com avaliação dos socorristas, poderá optar por ser encaminhado a estabelecimentos de pronto atendimento privados, mediante assinatura de termo de consentimento.

Parágrafo único. Se o paciente estiver acompanhado por familiar ou responsável, este também poderá participar da decisão.

Art. 3º O encaminhamento do paciente a estabelecimento de pronto atendimento privado fica condicionado à decisão do profissional que prestar o socorro, que deverá avaliar se as condições de saúde do paciente permitem que ele seja levado ao estabelecimento escolhido.

Parágrafo único. A decisão contrária do profissional que prestar socorro à opção do paciente deverá prevalecer e será justificada em prontuário.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Documento eletrônico assinado por Luizão Goulart (REPUBLIC/PR), através do ponto SDR_56463, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD210934026600

Apresentação: 10/02/2021 16:31 - Mesa
PL n.377/2021

JUSTIFICAÇÃO

Na maioria das circunstâncias, os pacientes vítimas de uma situação de emergência são atendidos pelos serviços de socorro públicos e, por não terem condições financeiras ou não possuírem planos de saúde, são encaminhamos a hospitais do Serviço Único de Saúde – SUS, entretanto há diversos casos em que as vítimas já possuem planos de saúde e somente m após estar estabilizado e identificado, solicita transferência a um estabelecimento privado designado por ele ou por sua família.

Nosso Projeto de Lei possibilita que a vítima possa ser conduzida a um hospital particular logo após o primeiro atendimento ainda na ambulância.

Com essa proposta, queremos fornecer suporte legal para que a opção do paciente pelo encaminhamento a hospitais privados seja respeitada e no caso de estar acompanhado por familiar ou responsável, este também possa participar da decisão. Deixamos claro no texto da Proposição que a opção deverá ser ratificada por escrito (com formulário existente na viatura), assim como a negativa dessa escolha pelo profissional que prestar o atendimento, nos casos em que isso puder trazer prejuízo à qualidade do atendimento à saúde do paciente.

Atualmente, já há Lei vigente com abordagem semelhante no Estado de Santa Catarina (Lei nº 17.700, de 16 de janeiro de 2019[1]), no Estado do Rio de Janeiro (Lei nº 8.369, de 2 de abril de 2019[2]), no Estado do Tocantins (Lei nº 3.829, de 12 de agosto de 2019[3]) e no município de Santos/SP (Lei nº 3.523, de 25 de março de 2019[4]). Queremos que essa regra seja aplicada em todo o País, para beneficiar todas as brasileiras e os brasileiros.

Por isso, pedimos apoio para a aprovação deste Projeto, que não apenas garantirá a realização do principio bioético da autonomia, como

1 http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2019/17700_2019_lei.html

2 https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/693818695/lei-8369-19-rio-de-janeiro-rj

3 http://diariooficial.to.gov.br/download/2707/

4 https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/santos/lei-ordinaria/2019/353/3523/lei-ordinaria-n-3523-2019-projeto-de-lei-n-14-2018-autor-vereador-adilson-dos-santos-junior

Documento eletrônico assinado por Luizão Goulart (REPUBLIC/PR), através do ponto SDR_56463, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.

CD210934026600

Apresentação: 10/02/2021 16:31 - Mesa
PL n.377/2021

também permitirá que os hospitais a serviço do SUS, que estão tão sobrecarregados, tenham redução da sua demanda de atendimento de urgência, nos casos em que os pacientes optarem por serem atendidos em estabelecimentos privados.

Sala das Sessões, em de de 2021.

LUIZÃO GOULART
Deputado Federal Republicanos/PR

Documento eletrônico assinado por Luizão Goulart (REPUBLIC/PR), através do ponto SDR_56463, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



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 17.700, DE 16 DE JANEIRO DE 2019

Estabelece normas para o encaminhamento de pacientes pelas equipes de socorro do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), após atendimento emergencial, para os hospitais privados.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os pacientes que necessitarem de atendimento emergencial poderão ser encaminhados pelas equipes de socorro do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para hospitais privados.
Art. 2º Os socorridos pelo CBMSC e SAMU terão a opção de ser encaminhados aos hospitais privados de Santa Catarina, devendo este ato ser registrado em ficha de ocorrência e no sistema de registro de ocorrências da equipe de atendimento emergencial.
§ 1º Para o cumprimento do disposto no caput deste artigo, o paciente deverá estar consciente e em condições de manifestar sua opção, que será lavrada e assinada em Termo de Consentimento.
§ 2º Nos casos em que o paciente não esteja em condições de manifestar sua vontade, familiar ou representante legal poderá fazer a opção, assinando Termo de Consentimento.
Art. 3º Para o cumprimento do disposto no art. 2º desta Lei caberá à central de Regulação de Urgências, sob a gestão integrada do CBMSC e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, avaliar a viabilidade técnica quanto às necessidades do paciente e à existência de vaga no hospital privado referenciado para a realização do encaminhamento do paciente.
Art. 4º O Estado de Santa Catarina não terá responsabilidade quanto a quaisquer ônus decorrentes do encaminhamento do paciente ao hospital privado.
Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 16 de janeiro de 2019.

CARLOS MOISÉS DA SILVA
Governador do Estado

LEI Nº 8369, DE 02 DE ABRIL DE 2019.

Altera a Lei Nº 7.402, de 18 De Julho de 2016, que determina que pessoas feridas em acidentes de trânsito sejam levadas, pelo corpo de bombeiros, para hospitais conveniados aos seus planos de saúde.

A Assembleia Legislativa do Estado do Rio De Janeiro
Resolve:
Art. 1º A ementa da Lei nº 7.402, de 18 de julho de 2016, passa a ter a seguinte redação:
"Determina que pessoas feridas em acidentes de trânsito sejam levadas, pelo Corpo De Bombeiros E Pelo Serviço Móvel De Urgência – SAMU, para hospitais conveniados aos seus planos de saúde." (NR)
Art. 2º O Art. 1º e o seu parágrafo único, da Lei nº 7.402, de 18 de julho de 2016, passam a ter a seguinte redação:
"Art. 1º Pessoas acidentadas que possuam plano de saúde poderão ser encaminhadas, pelo

Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço Móvel de Urgência - SAMU, aos hospitais particulares conveniados, desde que não comprometa a qualidade e agilidade do primeiro atendimento.
Parágrafo único. O encaminhamento será feito, caso seja possível, ao hospital particular mais próximo que o acidentado tenha direito e que ofereça atendimento de emergência, competindo ao médico da Central de Regulação, a destinação do acidentado, na forma da legislação federal.” (NR)
Art. 3º Acrescenta o Art. 2º-A à Lei nº 7.402, de 18 de julho de 2016, com a seguinte redação:
“Art. 2º-A As seguradoras e operadoras de plano de saúde deverão informar aos gestores estadual e municipais de saúde a relação dos hospitais próprios e conveniados aptos a realizar o atendimento, por região, citando as especialidades que estão disponíveis.”
Art. 4º Acrescenta o Art. 2º-B à Lei nº 7.402, de 18 de julho de 2016, com a seguinte redação:
“Art. 2º-B Em caso de negativa de atendimento às vítimas pela unidade de saúde privada, conforme relação de hospitais próprios e conveniados informados pelas seguradoras e operadoras de plano de saúde, seja por falta de leito, insuficiente capacidade de atendimento ou outro motivo qualquer, a responsabilidade por nova remoção ou transferência passará às seguradoras e operadoras de plano de saúde, às quais caberá a adoção das medidas cabíveis ao atendimento das necessidades de seu associado/segurado.”
Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, em 02 de abril de 2019.

DEPUTADO ANDRÉ CECILIANO

LEI Nº 3.529 DE 12 DE AGOSTO DE 2019.
Publicado no Diário Oficial nº 5.417

Determina que pessoas feridas em acidentes de trânsito sejam levadas, pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço Móvel de Urgência â SAMU, para hospitais conveniados aos seus planos de saúde.

O Governador do Estado do Tocantins

Faço saber que a Assembleia Legislativa do Estado do Tocantins decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Pessoas acidentadas que possuam plano de saúde poderão ser encaminhadas, pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço Móvel de Urgência - SAMU, aos hospitais particulares conveniados, desde que não comprometa a qualidade e agilidade do primeiro atendimento.

Parágrafo único. O encaminhamento será realizado quando a vítima ou seu acompanhante manifestar a existência de plano de saúde conveniado e a identificação imediata de hospital particular mais próximo que ofereça atendimento de emergência, ao qual o acidentado tenha direito.

Art. 2º Quando a identificação do hospital privado for feita após a entrada do paciente em hospitais da rede pública, o paciente será transferido assim que seu quadro de saúde permitir e a transferência for autorizada pelo médico responsável.

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

Palácio Araguaia, em Palmas, aos 12 dias do mês de agosto de 2019, 198º da Independência, 131º da República e 31º do Estado.

MAURO CARLESSE
Governador do Estado

LEI Nº 3.523, DE 25 DE MARÇO DE 2019

Permite a condução de pessoas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU para estabelecimentos de saúde privados, e dá outras providências.

PAULO ALEXANDRE BARBOSA, Prefeito Municipal de Santos, faço saber que a Câmara Municipal aprovou em sessão realizada em 25 de fevereiro de 2019 e eu sanciono e promulgo a seguinte:
Art. 1º Fica permitida a condução de pessoas atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel – SAMU para estabelecimentos de saúde privados, mediante solicitação e indicação do próprio atendido, quando em condições de manifestar tal interesse, ou de um acompanhante responsável.
Parágrafo único. Para o cumprimento do disposto no caput, caberá à equipe de atendimento de urgência a avaliação do estado clínico da pessoa, a gravidade do caso e a proximidade do estabelecimento de saúde privado indicado.
Art. 2º O Poder Executivo regulamentará a presente lei no que couber.
Art. 3º Esta lei entra em vigor na data da publicação.

Registre-se e publique-se.

Palácio "José Bonifácio", em 25 de março de 2019.

PAULO ALEXANDRE BARBOSA
Prefeito Municipal

PROJETO DE LEI N.º 394, DE 2021

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que a suspensão ou a rescisão unilateral por não pagamento da mensalidade dos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, contratados individualmente, somente poderá ocorrer após o transcurso de período superior a noventa dias.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

Apresentação: 10/02/2021 21:03 - Mesa
PL n.394/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CARLOS BEZERRA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que a suspensão ou a rescisão unilateral por não pagamento da mensalidade dos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, contratados individualmente, somente poderá ocorrer após o transcurso de período superior a noventa dias.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que a suspensão ou a rescisão unilateral por não pagamento da mensalidade dos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, contratados individualmente, somente poderá ocorrer após o transcurso de período superior a noventa dias.

Art. 2º O art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13.....

.....

II – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a noventa 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;

....."(NR)

Documento eletrônico assinado por Carlos Bezerra (MDB/MT), através do ponto SDR_56400, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD217004325200

Apresentação: 10/02/2021 21:03 - Mesa
PL n.394/2021

Art. 3º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Atualmente, o art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998[1], veda a suspensão ou a rescisão unilateral para os produtos contratados individualmente (planos de saúde individuais ou familiares), exceto em caso de fraude ou não pagamento da mensalidade por prazo superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato, desde que haja notificação prévia, mas nunca na vigência de internação.

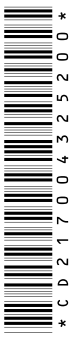
Dessa forma, se, num contrato individual, o consumidor atrasasse 15 dias para pagar a mensalidade vencida durante três meses, e 16 dias durante um mês, a operadora já poderia rescindir unilateralmente o contrato, desde que o beneficiário não estivesse internado, uma vez que ele teria acumulado sessenta e um dias não consecutivos de inadimplemento contratual.

Ou seja, sendo o contrato, hipoteticamente, firmado em 1º de janeiro, se o contratante pagasse as mensalidades com atrasos de 15 dias em fevereiro, março e abril, e 16 dias em maio, desde já a operadora estaria apta, legalmente, a rescindi-lo, com a perda total de cobertura para o cliente – excetuada, como dissemos, a hipótese de internação.

Estamos cientes de que as operadoras são entidades privadas que buscam legitimamente a lucratividade de suas carteiras, pois, em geral, não são instituições benemerentes. Acreditamos, todavia, que se devem estabelecer normas legais para criar medidas protetivas para os usuários de planos de saúde para resguardá-los das práticas abusivas, pois representam o elo mais frágil dessa relação de consumo.

1 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

Documento eletrônico assinado por Carlos Bezerra (MDB/MT), através do ponto SDR_56400, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



Apresentação: 10/02/2021 21:03 - Mesa
PL n.394/2021

Com base nesse breve apanhado de ideias, manifestamo-nos pela insuficiência dos sessenta dias, atualmente previstos na Lei, para garantir que o direito do consumidor do plano de saúde seja preservado. Por isso, propomos, por meio deste PL, a extensão do prazo para noventa dias, lapso temporal que consideramos mais justo para o consumidor e suficientemente adequado para não inviabilizar a atividade das operadoras.

Pedimos apoio dos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CARLOS BEZERRA

2018-95

Documento eletrônico assinado por Carlos Bezerra (MDB/MT), através do ponto SDR_56400, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.

CD217004325200

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 774, DE 2021

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que nos contratos de planos de saúde que incluírem o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar seja garantida cobertura de vacinas para os beneficiários.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2538/2011.

Apresentação: 08/03/2021 12:02 - Mesa
PL n.774/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CARLOS HENRIQUE GAGUIM)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que nos contratos de planos de saúde que incluírem o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar seja garantida cobertura de vacinas para os beneficiários.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 12.

……..

I -

…….

d) cobertura de vacinas, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, nos termos de regulamento.

II -

……

……

h) cobertura de vacinas, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, nos termos de regulamento.

……..……" (NR)

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

Documento eletrônico assinado por Carlos Henrique Gaguim (DEM/TO), através do ponto SDR_56060, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD216667434000

Apresentação: 08/03/2021 12:02 - Mesa
PL n.774/2021

JUSTIFICAÇÃO

As vacinas são uma das formas mais eficazes de prevenção de doenças, pois elas não apenas protegem aqueles que as recebem, mas também ajudam a comunidade com um todo. Quanto mais pessoas de um grupo estiverem imunizadas, menor a chance de a doença ser transmitida[1].

O Brasil tem um Programa Nacional de Imunizações que tem mais de 40 anos de existência e que permite a distribuição gratuita de diversas vacinas para toda a população. No entanto, alguns dos imunizantes disponíveis no mercado atualmente ainda não foram incorporados pelo Sistema Único de Saúde, pois esse processo, muitas vezes, é burocrático e prolongado.

Os contratantes de planos almejam um atendimento diferenciado. Eles dispõem de parcela significativa de seus orçamentos justamente para receberem um tipo de cuidado que não conseguem obter gratuitamente na rede pública. Por isso, nada mais justo que as operadoras promovam o custeio de imunizantes a seus beneficiários.

A medida que propomos por meio deste PL é boa tanto para os beneficiários, que terão acesso a esse serviço, quanto às operadoras, já que a prevenção sai mais barato do que a assistência em caso de adoecimento.

O esforço para a redução da incidência - e até mesmo para a eliminação e erradicação- de doenças tem de ser coletivo. Um a cada quatro brasileiros é beneficiário de planos de saúde. É uma decisão acertada que as operadoras assumam também a tarefa de auxiliar na imunização de seus beneficiários. Peço, portanto, apoio para os Nobres Pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

1 https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinas-ainda-sao-uma-das-armas-mais-eficazes-para-prevenir-doencas

Documento eletrônico assinado por Carlos Henrique Gaguim (DEM/TO), através do ponto SDR_56060, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.

CD216667434400

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.302, DE 2021

(Do Sr. Hildo Rocha)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para garantir a cobertura do atendimento fisioterápico a beneficiários de planos de saúde com Covid-19 ou recuperados desta doença.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-955/2020.

Apresentação: 07/04/2021 18:48 - Mesa
PL n.1302/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. HILDO ROCHA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para garantir a cobertura do atendimento fisioterápico a beneficiários de planos de saúde com Covid-19 ou recuperados desta doença.

O Congresso Nacional decreta:

"Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 12. ……..

I - …….

d) cobertura de sessões ilimitadas de fisioterapia para a realização de procedimentos de reabilitação, inclusive para pacientes que tiveram Covid-19, conforme indicação do médico assistente.

II - ……

……

h) cobertura de consultas, sessões e avaliações ilimitadas de fisioterapia durante o período da internação hospitalar, ainda que em unidades de terapia intensiva, para pacientes internados, inclusive aqueles com Covid-19, conforme indicação do médico assistente.

……" (NR)

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

Documento eletrônico assinado por Hildo Rocha (MDB/MA), através do ponto SDR_56074, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD213376750

Apresentação: 07/04/2021 18:48 - Mesa
PL n.1302/2021

JUSTIFICAÇÃO

Há pouco mais de um ano, o vírus causador da Covid-19 chegou ao nosso País. Desde então, mais de 340 mil brasileiros perderam as suas vidas em razão desta doença, que tem trazido colapso aos hospitais públicos e privados.

Nos estabelecimentos de saúde, os profissionais têm se utilizado de diversas ferramentas para salvar vidas. E, neste contexto de luta pelo restabelecimento dos pacientes, não só os médicos e enfermeiros têm atuado.

O esforço multidisciplinar tem tido como grandes aliados os fisioterapeutas, que trabalham arduamente para diminuir o desconforto e o agravamento do quadro clínico das pessoas internadas com Covid-19, além de auxiliar na sua reabilitação. Os fisioterapeutas prestam assistência na hora da intubação, na ventilação mecânica, nas mudanças de decúbito, nas condutas terapêuticas para a remoção de secreções brônquicas e para a melhora da função respiratória[1].

E a importância do trabalho desses profissionais não se resume a esses momentos críticos. Quando o paciente deixa o hospital, a atuação dos fisioterapeutas também é imprescindível, pois eles trabalham para a recuperação daqueles que ainda apresentam déficits físicos depois da alta hospitalar, garantindo-lhes melhora na qualidade de vida[2].

Diante disso, acreditamos que é importante deixar claro na Lei nº 9.656, de 1998, que cabe às operadoras de planos de saúde garantir a cobertura dos atendimentos prestados por fisioterapeutas, tanto nos hospitais (nos leitos comuns ou de cuidados intensivos), quanto fora deles.

Documento eletrônico assinado por Hildo Rocha (MDB/MA), através do ponto SDR_56074, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.
CD213376750 0

Apresentação: 07/04/2021 18:48 - Mesa
PL n.1302/2021

Aproximadamente 25% dos brasileiros são beneficiários de planos e, por isso, despendem parcelas relevantes do seu orçamento justamente para terem acesso a atendimento adequado quando necessitam. Nós, Representantes do Povo, temos o dever de garantir, principalmente neste momento crítico, que essas pessoas usufruam o melhor tratamento de saúde possível.

Sala das Sessões, em 07 de abril de 2021.

Deputado HILDO ROCHA

[1] https://www.saude.ce.gov.br/2020/07/13/fisioterapia-auxilia-no-tratamento-e-na-recuperacao-de-pacientes-com-covid-19/

[2] https://jornal.usp.br/ciencias/conheca-o-trabalho-da-fisioterapia-na-uti-de-pacientes-com-covid/

Documento eletrônico assinado por Hildo Rocha (MDB/MA), através do ponto SDR_56074, na forma do art. 102, § 1º, do RICD c/c o art. 2º, do Ato da Mesa n. 80 de 2016.



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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.719, DE 2021

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que nos contratos de planos de saúde que incluírem o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar seja garantida a cobertura da criopreservação de óvulos de pacientes com prognóstico de falência ovariana.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2328/2011.

Apresentação: 06/05/2021 10:21 - Mesa
PL n.1719/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CARLOS BEZERRA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que nos contratos de planos de saúde que incluírem o atendimento ambulatorial e/ou hospitalar seja garantida a cobertura da criopreservação de óvulos de pacientes com prognóstico de falência ovariana.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 12.

……..

I -

…….

d) cobertura da criopreservação de óvulos de pacientes com prognóstico de falência ovariana em quimioterapia até o término deste tratamento.

II -

……

…….

h) cobertura da criopreservação de óvulos de pacientes com prognóstico de falência ovariana em quimioterapia até o término deste tratamento.

……..……" (NR)

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

CD219407646700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219407646700

Apresentação: 06/05/2021 10:21 - Mesa
PL n.1719/2021

JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 9.656, de 1998, representou uma conquista para os consumidores de planos de saúde. Por meio dela, estabeleceram-se garantias mínimas aos beneficiários. Ainda que o contrato não previsse determinados procedimentos para aquela segmentação, a Lei deixou claro, em seu texto, que alguns direitos eram incontestáveis. Ademais, explicitou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, periodicamente, renovaria o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que traz lista dos procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Porém, apesar de ter trazido mais justiça para a Saúde Suplementar, esta Lei não resolveu todos os problemas relativos ao tema. Com a evolução das técnicas das ciências da saúde, emergiram diversas questões que, à época da edição da norma, sequer eram discutidas. A criopreservação de óvulos de pacientes com prognóstico de falência ovariana em tratamento quimioterápico, por exemplo, é uma delas.

Mulheres em tratamento quimioterápico de determinados cânceres podem ter, como consequência, a falência ovariana. É um efeito colateral previsível do tratamento. Todavia, caso óvulos sejam extraídos e congelados antes do início da terapia, a fertilidade da paciente pode ser preservada[1].

A Lei nº 9.656, de 1998, exclui das exigências de custeio dos planos de saúde os procedimentos de inseminação artificial. Com isso, as operadoras, atualmente, quando instadas a pagar a criopreservação de óvulos de mulheres em tratamento de câncer, alegam que não têm o dever legal de fazê-lo.

No entanto, essa decisão baseia-se numa interpretação estreita e incorreta da Lei, porque, no caso em questão, não se trata de mulheres que, deliberadamente, decidem atrasar a gestação, para investirem em outros assuntos particulares. São guerreiras que, se não criopreservarem seus óvulos, poderão se tornar inférteis, em razão de um tratamento quimioterápico que é custeado pelas operadoras.

1 http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4203.pdf

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219407646700

CD219407646700

Apresentação: 06/05/2021 10:21 - Mesa
PL n.1719/2021

Recentemente, o Poder Judiciário, por meio de decisão em recurso especial (Resp nº 1.815.796 – RJ[2]), condenou uma operadora de planos de saúde a custear a criopreservação dos óvulos de paciente até alta do tratamento quimioterápico prescrito para o tratamento do câncer de mama. Isso fez com que o tema ganhasse repercussão social. Ficou claro que a demanda é justa e está em conformidade com o ordenamento jurídico pátrio.

No entanto, apesar desse reconhecimento, hoje em dia, para que as mulheres nessa situação consigam ter acesso à criopreservação de seus óvulos, é preciso que ingressem com ações judiciais. Não podemos deixar que isso aconteça. Nem todas as mulheres têm facilidade de demandar seus direitos na justiça. É preciso alterar a Lei, para que nenhuma operadora possa negar-se a garantir essa cobertura, sob pena de cometer infração e ser punida por essa falta. Por isso, pedimos aos nobres pares que nos apoiem nesta luta e aprovem este Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CARLOS BEZERRA

2021-290

CD219407646700

2 https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1942840&num_registro=201901504401&data=20200609&peticao_numero=-1&formato=PDF

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219407646700

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*

PROJETO DE LEI N.º 1.729, DE 2021

(Do Sr. Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o registro, na Agência Nacional de Saúde (ANS), dos contratos de plano privado de assistência à saúde

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1677/2011.

Apresentação: 06/05/2021 16:57 - Mesa
PL n.1729/2021

PROJETO DE LEI Nº , de 2021

(Do Sr. Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o registro, na Agência Nacional de Saúde (ANS), dos contratos de plano privado de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1° Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar obrigatório o registro, na Agência Nacional de Saúde - ANS, dos contratos de plano privado de assistência à saúde.

Art. 2° O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando o parágrafo único como § 1º:

"Art. 16. ……....

……..…….

§ 2º Os contratos de plano privado de assistência à saúde, individuais ou coletivos, deverão ser registrados pelas operadoras junto à ANS." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O registro na ANS é exigido de todas as empresas que comercializam planos de saúde no Brasil. Os planos de saúde, igualmente, precisam ser registrados na ANS. Entretanto, os contratos de plano privado de assistência à saúde, sejam individuais ou coletivos, firmados entre as empresas e os segurados, não possuem essa exigência.

CD216846600100

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD216846600100

Apresentação: 06/05/2021 16:57 - Mesa
PL n.1729/2021

Acreditamos que o registro na ANS também dos contratos firmados entre as partes é essencial para resguardar os segurados no caso de eventuais problemas quando do acesso aos benefícios do plano de saúde adquirido.

Importante observar que a ANS possui o SIB – Sistema de Informações dos Beneficiários, e por meio desta ferramenta as operadoras de planos privados de saúde enviam mensalmente os dados de atualização cadastral de seus beneficiários. Com isto percebemos que a ANS já possui sistema informatizados com todos os apontamentos dos contratos celebrados com as operadoras, porém, não dispõe de cópia eletrônica dos contratos de plano privado de assistência à saúde.

Segundo o índice geral de reclamações da ANS, em agosto de 2020, foram registradas 12.126 reclamações de consumidores. A maioria delas (37,7%) se deu pelo fato de o plano negar ou adiar um atendimento (não autorizar um exame ou uma cirurgia sem dar justificativa, por exemplo). Problemas com aumento de preços, internação hospitalar, atendimento de urgência e emergência e reclamações sobre a não concessão de próteses e órteses ou home care são também muito frequentes, sendo que todas estas questões se solucionam com o registro do contrato na ANS, uma vez que as operadoras de planos de saúde privados, os usuários e a própria agencia reguladora passariam a ter acesso aos contratos de seguros de saúde firmados.

Diante de todo o exposto, peço o apoio dos nobres Pares para a aprovação deste projeto.

Sala das Sessões, de de 2021.

Deputado **DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR.**
Progressistas/RJ

CD216846600100

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD216846600100

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)*
§ 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)*

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.018, DE 2021

(Do Sr. Leonardo Gadelha)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para incluir as vacinas no plano-referência de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2538/2011.

Apresentação: 01/06/2021 13:33 - Mesa
PL n.2018/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. LEONARDO GADELHA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para incluir as vacinas no plano-referência de assistência à saúde das operadoras de planos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

"Art. 10-D O plano-referência de assistência à saúde compreenderá o custeio e aplicação de vacinas incluídas no Programa Nacional de Imunização e nas campanhas sazonais de vacinação do Ministério da Saúde. "

Art. 2º Esta lei entra em vigor sessenta dias após sua publicação e não se aplica à campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 iniciada em 2021.

JUSTIFICAÇÃO

A saúde suplementar é um importante setor da economia no Brasil, com quase cinquenta milhões de usuários em todo o país. Trata-se de atividade legítima e de grande valia, com características diferentes e, por óbvio, filosofia diferente daquela do Sistema Único de Saúde – SUS, não apenas por ter objetivo de lucro, mas por não ter o mesmo foco prioritário na prevenção. Somente muito recentemente algumas operadoras de planos de saúde têm-se começado a dar conta da importância das ações preventivas de saúde.

As ações de prevenção e promoção da saúde representam ganhos para os pacientes, que deixam de adoecer ou que, pelo menos, têm

CD217834491700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Leonardo Gadelha
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217834491700

Apresentação: 01/06/2021 13:33 - Mesa
PL n.2018/2021

suas enfermidades diagnosticadas e tratadas em estágios iniciais, e ganhos para o sistema de saúde, que deixa de despender somas elevadas com tratamentos caros e sofisticados e que oferecem resultados piores. Essas ações são múltiplas: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, campanhas de vacinação, segurança do trabalho, Estratégia de Saúde da Família são as mais destacadas. São todas ações do sistema público que repercutem favoravelmente sobre o sistema privado. Não é de modo algum descabido pretender, como pretendemos, que o sistema privado passe a contribuir com as ações preventivas. Vigilância epidemiológica e sanitária são atividades típicas de Estado, mas a vacinação não é.

As vacinas ministradas no Plano Nacional de Imunizações, mais as das campanhas sazonais, são, em seu conjunto, muitas vezes menos dispendiosas que uma única internação sem complicações e de curta duração. As operadoras de planos de saúde têm, portanto, todas as condições de custear essas vacinas, aliviando um pouco que seja a pressão sobre o SUS e investindo na sua própria racionalização de gastos.

Temos convicção do mérito da proposição, a qual, esperamos, será abraçada e apoiada pelos nobres pares.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado LEONARDO GADELHA

2021-4198

CD217834491700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Leonardo Gadelha
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217834491700

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. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001) (Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770,*

de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.054, DE 2021

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para garantir a cobertura de consultas e procedimentos de reabilitação de complicações ou sequelas decorrentes da Covid-19.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1302/2021.

Apresentação: 07/06/2021 12:12 - Mesa
PL n.2054/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CARLOS HENRIQUE GAGUIM)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para garantir a cobertura de consultas e procedimentos de reabilitação de complicações ou sequelas decorrentes da Covid-19.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O inciso I do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea "d":

"Art. 12 .....

I

- .....

.....

.

d) cobertura de consultas e procedimentos de reabilitação de complicações ou sequelas decorrentes da Covid-19.

....." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A Covid-19 se tornou a pior pandemia do último século, causando milhões de mortes em todo o planeta, além dos graves efeitos socioeconômicos. Não bastasse essa alta mortalidade, foi descoberto que uma quantidade relevante de pessoas infectadas desenvolve sequelas.

Alguns estudos têm chegado a resultados alarmantes, de até 80% dos recuperados sentindo ao menos um sintoma que persistiu até quatro

CD216211412200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Henrique Gaguim
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD216211412200

Apresentação: 07/06/2021 12:12 - Mesa
PL n.2054/2021

meses depois do fim da infecção. Os problemas mais comuns relatados foram fadiga e dificuldade de fazer movimentos simples[1].

A prestigiosa revista Nature publicou, recentemente, um artigo de revisão sobre a síndrome pós-aguda de Covid-19[2], alertando para as sequelas: cardiovasculares, neuropsiquiátricas, renais ou endócrinas, entre outras.

Desta forma, espera-se uma sobrecarga de pessoas com sequelas de Covid-19 no Sistema Único de Saúde, enquanto que ficaria indefinida a amplitude de cobertura existente na saúde suplementar.

Este Projeto de Lei pretende garantir aos usuários de planos de saúde o direito a consultas e procedimentos de reabilitação de complicações ou sequelas decorrentes da Covid-19.

Entendemos que a aprovação desta proposta traria mais segurança para os beneficiários que infelizmente foram acometidos pelo Sars-Cov-2 e permaneceram com alguns sintomas ou limitações.

Nesses casos, muitas operadoras deixam de autorizar determinados procedimentos, alegando que não constam no rol definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os pacientes, sem opção, podem adiar seus tratamentos, com risco de até mesmo comprometer a recuperação.

Com base no exposto, pedimos o apoio dos nobres colegas para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

2021-5753

CD216211412200

1 Síndrome pós-Covid: como detectar e tratar os sintomas mais persistentes. https://saude.abril.com.br/medicina/sindrome-pos-covid-como-detectar-e-tratar-os-sintomas-mais-persistentes/

2 Post-acute COVID-19 syndrome. https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Henrique Gaguim
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD216211412200

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.536, DE 2021

(Do Sr. Ricardo Silva)

Dispõe sobre a dispensa de carência para a contratação de planos e seguros privados de assistência à saúde por pessoas com complicações graves ou sequelas permanentes decorrentes da covid-19, alterando a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-955/2020.

Apresentação: 13/07/2021 15:34 - Mesa
PL n.2536/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021.

(Do Sr. RICARDO SILVA)

Dispõe sobre a dispensa de carência para a contratação de planos e seguros privados de assistência à saúde por pessoas com complicações graves ou sequelas permanentes decorrentes da covid-19, alterando a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Esta Lei dispõe sobre a dispensa de carência para a contratação de planos e seguros privados de assistência à saúde por pessoas com complicações graves ou sequelas permanentes decorrentes da covid-19.

Art. 2º - A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, fica acrescida do artigo 11-A, com a seguinte redação:

"Art. 11-A - Ficam as complicações graves ou sequelas permanentes de covid-19 excluídas das doenças preexistentes previstas no artigo anterior, extinguindo a necessidade do cumprimento de carência para a contratação dos produtos previstos nesta Lei." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei tem o objetivo de dispensar o cumprimento de carência para a contratação de planos e seguros privados de assistência à saúde por pessoas com complicações graves ou sequelas permanentes decorrentes da covid-19.

Embora a covid-19 afete principalmente os pulmões, algumas sequelas, como problemas cardíacos, diabetes ou doenças renais, podem se desenvolver alguns meses após a recuperação da infecção pelo coronavírus, mesmo nos casos mais leves da doença.

Pesquisas recentes sugerem que diversas doenças podem ser resultado de uma inflamação intensa causada pelo vírus SARS-CoV-2 e, diante disso, impedir a contratação de novos planos e seguros privados de assistência à saúde, por ser

CD211178130300

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Ricardo Silva
Para verificar a assinatura, acesse http://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD211178130300

Câmara dos Deputados
Praça dos Três Poderes, Anexo IV - Gabinete 904
Brasília / DF – Cep. 70.160-900 – E-mail: dep.ricardosilva@camara.leg.br
Fones: (61) 3215-5904

Apresentação: 13/07/2021 15:34 - Mesa
PL n.2536/2021

considerado, nesses casos, doença preexistente e, por consequência, exigir com que seja cumprida carência de 24 (vinte e quatro) meses.

No entanto, o tratamento das sequelas decorrentes da covid-19 deve receber atenção especial pela legislação brasileira, notadamente para que as pessoas possam ter acesso à saúde pública e privada.

Por todo o exposto, solicito aos nobres deputados o apoio para a aprovação deste necessário Projeto de Lei, o mais urgente possível.

Sala da Comissão, 13 de julho de 2021

_____

Deputado RICARDO SILVA

CD211178130300

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Ricardo Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD211178130300

Câmara dos Deputados
Praça dos Três Poderes, Anexo IV - Gabinete 904
Brasília / DF – Cep. 70.160-900 – E-mail: dep.ricardosilva@camara.leg.br
Fones: (61) 3215-5904

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. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*

.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 2.620, DE 2021

(Do Sr. Da Vitoria)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir reajustes de planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1970/2020.

Apresentação: 02/08/2021 10:56 - Mesa
PL n.2620/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021
(Do Sr. Da Vitória – Cidadania/ES)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir reajustes de planos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo.

"Art. . Fica vedado o reajuste por sinistralidade, determinando sua substituição pelos índices da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS - das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º e o Art. 16, inciso VII, alíneas "a", "b" e "c" desta Lei, nos termos do regulamento."

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

JUSTIFICAÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dos 47,1 milhões de usuários de planos de saúde no Brasil hoje, 67% têm planos empresariais e outros 14%, planos coletivos por adesão. Os beneficiários de planos individuais ou familiares somam cerca de 19% do total.

Nos planos coletivos, o limite de 8,14% de reajuste definido pela ANS não se aplica. Ele é baseado na sinistralidade e os valores facilmente alcançam patamares de 15% e 20%. Os aumentos nas

LexEdit
CD215842600800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Da Vitoria
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD215842600800

Apresentação: 02/08/2021 10:56 - Mesa
PL n.2620/2021

mensalidades dos planos podem se tornar um enorme empecilho para os consumidores. Hoje, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) autoriza três tipos de reajustes: anual, por faixa etária e por sinistralidade - quando a empresa alega que o consumidor usou o plano mais do que o previsto.

Apesar dos aumentos estarem previstos em contrato e ocorrerem tanto nos planos individuais/familiares, quanto nos coletivos, é nesse último que a abusividade vem se intensificando mais a cada ano. A Agência não regula os reajustes anuais desse tipo de convênio, pois pressupõe que o poder de negociação é mais equilibrado. O resultado? As mensalidades tornam-se impagáveis. Contudo, mesmo com um cenário aparentemente desanimador, uma pesquisa do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) mostra que três em cada quatro consumidores que entraram na Justiça, entre 2013 e 2017, questionando o reajuste abusivo de seu plano de saúde coletivo, conseguiram suspender o aumento.

Precisamos ressaltar ainda que o tipo de contrato coletivo firmado entre as partes submete-se às normas do Código de Defesa do Consumidor, de acordo com a Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça, bem como a aplicação das diretrizes estabelecidas na Lei nº 9.656/98.

Ademais, há de se ponderar que o contrato firmado nos planos coletivos é do tipo de adesão, elaborado unilateralmente pelos planos de saúde, sendo óbvio que os consumidores não têm condições de discutir ou modificar seu conteúdo, tornando-se uma cláusula leonina.

O beneficiário do plano de saúde é vulnerável; é a parte mais fraca na relação jurídica contratual e, considerando esse fato, o art. 6º, inciso V, do Código de Defesa do Consumidor prevê que é direito básico do consumidor modificar cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais que as tornem excessivamente onerosas.

Para garantir a proteção ao consumidor, o art. 39, incisos V, X e XIII, do Código de Defesa do Consumidor dispõem que o fornecedor de produtos, sob pena de prática abusiva, não pode exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva, elevar sem justa causa o preço de serviços nem aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal. Por

LexEdit
CD215842600800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Da Vitoria
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD215842600800

Apresentação: 02/08/2021 10:56 - Mesa
PL n.2620/2021

entendermos que é abusivo o reajuste de plano de saúde pelo índice que melhor atende aos interesses do fornecedor, é que apresentamos esta proposta legislativa.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado DA VITÓRIA
CIDADANIA/ES

LexEdit
CD215842600800

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Da Vitoria
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD215842600800

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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)*
§ 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)*

.....

.....

SÚMULA 469 (súmula cancelada)

Enunciado

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. (SÚMULA 469, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 24/11/2010, DJe 06/12/2010)

SÚMULA CANCELADA:

A Segunda Seção, na sessão de 11/04/2018, ao apreciar o Projeto de Súmula n. 937, determinou o CANCELAMENTO da Súmula 469 do STJ (DJe 17/04/2018).

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO III
DOS DIREITOS BÁSICOS DO CONSUMIDOR

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:
I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;
II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;
III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 12.741, de 8/12/2012, publicada no DOU de 10/12/2012, em vigor 6 meses após a data de publicação)*
IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços;
V - a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas;
VI - a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;
VII - o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos ou difusos, assegurada a proteção Jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;
VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;
IX - (VETADO);
X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.
XI - a garantia de práticas de crédito responsável, de educação financeira e de prevenção e tratamento de situações de superendividamento, preservado o mínimo existencial, nos termos da regulamentação, por meio da revisão e da repactuação da dívida, entre outras medidas; *(Inciso acrescido pela Lei nº 14.181, de 1º/7/2021)*
XII - a preservação do mínimo existencial, nos termos da regulamentação, na repactuação de

dívidas e na concessão de crédito; *(Inciso acrescido pela Lei nº 14.181, de 1º/7/2021)*
XIII - a informação acerca dos preços dos produtos por unidade de medida, tal como por quilo, por litro, por metro ou por outra unidade, conforme o caso. *(Inciso acrescido pela Lei nº 14.181, de 1º/7/2021)*
Parágrafo único. A informação de que trata o inciso III do *caput* deste artigo deve ser acessível à pessoa com deficiência, observado o disposto em regulamento. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 13.146, de 6/7/2015, publicada no DOU de 7/7/2015, em vigor 180 dias após a sua publicação)*
Art. 7º Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e eqüidade.
Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.
.....
DAS PRÁTICAS COMERCIAIS
.....

Seção IV
Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;
II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;
III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;
IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;
V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;
VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;
VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;
VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);
IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
XI - *Dispositivo acrescido pela Medida Provisória nº 1.890-67, de 22/10/1999, transformado em inciso XIII, em sua conversão na Lei nº 9.870, de 23/11/1999*
XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.870, de 23/11/1999)*
XIV - permitir o ingresso em estabelecimentos comerciais ou de serviços de um número maior de consumidores que o fixado pela autoridade administrativa como máximo. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.425, de 30/3/2017, publicada no DOU de 31/3/2017, em vigor 180 dias após a publicação)*
Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.
Art. 40. O fornecedor de serviço será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio

discriminando o valor da mão-de-obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços.
§ 1º Salvo estipulação em contrário, o valor orçado terá validade pelo prazo de dez dias, contado de seu recebimento pelo consumidor.
§ 2º Uma vez aprovado pelo consumidor, o orçamento obriga os contraentes e somente pode ser alterado mediante livre negociação das partes.
§ 3º O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos decorrentes da contratação de serviços de terceiros não previstos no orçamento prévio.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.792, DE 2021

(Do Sr. Carlos Henrique Gaguim)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as operadoras de planos privados de assistência à saúde custeiem o tratamento de beneficiários com Covid-19, independentemente do cumprimento dos prazos de carência.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1944/2020.

Apresentação: 11/08/2021 13:07 - Mesa
PL n.2792/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CARLOS HENRIQUE GAGUIM)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para determinar que as operadoras de planos privados de assistência à saúde custeiem o tratamento de beneficiários com Covid-19, independentemente do cumprimento dos prazos de carência.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 6º:

"Art. 12.
.....

.....

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão custear o tratamento de beneficiários com Covid-19, independentemente do cumprimento dos prazos de carência previstos nos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com o disposto no art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 1998, decorrido o período de carência de 24 horas, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm de efetuar atendimento de beneficiários em caso de emergência e urgência. No entanto, essa regra legal foi extremamente limitada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13, de 1998[1], segundo a qual, passado o período de 24 horas do ingresso no

1 http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzAw

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Henrique Gaguim
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217004701900
CD217004701900

Apresentação: 11/08/2021 13:07 - Mesa
PL n.2792/2021

Plano, o atendimento na urgência e emergência se limita às primeiras 12 horas no estabelecimento de saúde. Uma vez transcorrido esse tempo, se o paciente não for transferido para alguma unidade própria ou conveniada do Sistema Único de Saúde, tem de arcar com as despesas decorrentes de seu atendimento.

Além do prazo de 24 horas para os atendimentos de urgência e emergência, a lei fixou prazos máximos de carência para partos a termo (trezentos dias), tratamento de doenças e lesões preexistentes (vinte e quatro meses) e demais situações (cento e oitenta dias). De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[2], a carência existe para evitar que pessoas contratem planos de saúde cientes do adoecimento, o que poderia trazer desequilíbrio ao sistema mutualista, que é o princípio básico dessa atividade econômica.

No entanto, acreditamos que a intenção do Legislador ao editar a Lei nº 9.656, de 1998, não foi limitar o atendimento de urgência e emergência após o período de 24 horas de aquisição do Plano. Esse prazo mínimo foi considerado necessário para que as operadoras tivessem um tempo hábil para inserir novos beneficiários em seus respectivos registros. A restrição do atendimento às primeiras doze horas foi uma extrapolação interpretativa da ANS.

Sabemos que essa discussão é extremamente complexa. Por isso, o que propomos neste Projeto é que, pelo menos em relação aos pacientes com Covid-19, não haja limitação de atendimento sob o pretexto do cumprimento do prazo de carência.

Por todo o exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CARLOS HENRIQUE GAGUIM

CD217004701900

2 https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Henrique Gaguim
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217004701900

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:
a) custeio de despesas;
b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
c) reembolso de despesas;
d) mecanismos de regulação;
e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR CONSU Nº 13 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,
RESOLVE:
Art. 1° A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D1 , da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito.
Art. 2ºO plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência,limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.
Parágrafo único. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.
.....

.....

PROJETO DE LEI N.º 3.052, DE 2021

(Do Sr. Coronel Tadeu)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para autorizar a prestação de serviços de saúde como alternativa de pagamento de dívidas do ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-71/2003.

Apresentação: 01/09/2021 16:45 - Mesa
PL n.3052/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CORONEL TADEU)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para autorizar a prestação de serviços de saúde como alternativa de pagamento de dívidas do ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32.....

.....

.

§ 10. A dívida por não pagamento pelas operadoras do ressarcimento previsto no **caput** poderá ser convertida total ou parcialmente em prestação de serviços de saúde destinados a usuários do SUS, mediante convênio com a gestão local deste sistema, considerando-se como parâmetro de conversão os valores de repasses federais previstos na tabela de procedimentos aplicada pelo Ministério da Saúde.

§ 11. Ato da ANS disciplinará o procedimento de conversão da dívida de que trata o § 10 deste artigo, para fins de baixa da inscrição da dívida ativa de que trata o § 5º deste artigo.

§ 12. A conversão da dívida de que trata o § 10 deste artigo não poderá dar causa ao cancelamento das dotações orçamentárias fixadas para o FNS na lei orçamentária anual em vigor." (NR).

Art. 2º Fica autorizada a conversão das dívidas das operadoras de saúde relativas ao ressarcimento de que trata o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no montante de até R$ 2.900.000.000,00 (dois bilhões e novecentos milhões de reais), no prazo máximo de 5 (cinco) anos após a publicação desta Lei.

CD213305002500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Coronel Tadeu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213305002500

Apresentação: 01/09/2021 16:45 - Mesa
PL n.3052/2021

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

JUSTIFICAÇÃO

A saúde suplementar é o setor da saúde privada previsto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no qual os pacientes são beneficiários de planos contratados junto às operadoras de planos de saúde. Esse sistema, regulado e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é bastante relevante no Brasil, possuindo mais de 47 milhões de beneficiários.

Eventualmente, o usuário com planos de saúde precisa se tratar em estabelecimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), seja em urgências ou para tratamentos não disponíveis na rede credenciada. Para essas situações, a Lei prevê um ressarcimento aos cofres públicos, nos seguintes termos:

> *"Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS."*

Portanto, nas situações que os beneficiários de planos de saúde fazem tratamentos ou exames pelo SUS, a operadora contratada precisa fazer um ressarcimento à ANS, que depois será revertido para o Fundo Nacional de Saúde. Essa cláusula especial se tornou fonte relevante de recursos para a saúde pública, tendo levado ao repasse de mais de um bilhão de reais no ano de 2019.

Segundo matérias veiculadas recentemente pela imprensa nacional, as operadoras devem ao SUS cerca de 2,9 bilhões de reais, que se encontram em cobrança administrativa ou judicial[1].

CD213305002500

1 https://reporterbrasil.org.br/2021/06/planos-de-saude-devem-2-9-bi-de-reais-ao-sus-valor-compraria-58-milhoes-de-doses-de-vacina/

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Coronel Tadeu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213305002500

Apresentação: 01/09/2021 16:45 - Mesa
PL n.3052/2021

Diante desta situação, e considerando as restrições de acesso ao SUS que afligem grande parte da população brasileira, propomos uma alteração na Lei da saúde suplementar, para prever que as operadoras poderão pagar dívidas de ressarcimento por meio da prestação de serviços de saúde.

Desta forma, os valores não pagos pelas operadoras poderiam ser convertidos em atendimentos ou em realização de exames, favorecendo os usuários do SUS, que frequentemente precisam aguardar longos prazos para serem chamados para um exame.

Tomamos o cuidado de utilizar como parâmetro a tabela de procedimentos do Ministério da Saúde, para evitar que a compensação da dívida levasse a um número de atendimentos inferior ao que seria feito diretamente pelo SUS.

Portanto, considerando que essa medida pode aumentar o acesso de nossa população carente a atendimentos de saúde, pedimos o apoio dos nobres colegas parlamentares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CORONEL TADEU

2021-12498

CD213305002500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Coronel Tadeu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213305002500

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.106, DE 2021

(Do Sr. Cássio Andrade)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação de número telefônico para atendimento ininterrupto por parte das operadoras de planos de assistência à saúde no caso em que especifica.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1948/2015.

Apresentação: 09/09/2021 14:22 - Mesa
PL n.3106/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CÁSSIO ANDRADE)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação de número telefônico para atendimento ininterrupto por parte das operadoras de planos de assistência à saúde no caso em que especifica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei determina a obrigatoriedade de divulgação de número telefônico para atendimento ininterrupto por parte das operadoras de planos de assistência à saúde no caso em que especifica.

Art. 2º As operadoras de planos de assistência à saúde, conforme definidas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, estão obrigadas a manter disponível número para contato telefônico, com atendimento vinte e quatro horas por dias e sete dias por semana, para a solução e encaminhamento de demandas dos advogados procuradores de seus consumidores.

Parágrafo único. O número mencionado no caput deve constar, em destaque, da página da operadora de planos de assistência à saúde na rede mundial de computadores (internet).

Art. 3º Esta lei entra em vigor após decorridos 60 (sessenta) dias da sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

A quantidade de demandas judiciais envolvendo as operadoras de planos de assistência à saúde é enorme, principalmente em razão de prática reiterada de negação de atendimento aos consumidores.

CD219769404200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Cássio Andrade
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219769404200

Apresentação: 09/09/2021 14:22 - Mesa
PL n.3106/2021

Diante de tal situação, entendemos que a criação, por parte das mencionadas operadoras, de uma estrutura que dê atendimento aos advogados procuradores de seus consumidores, pode evitar que as demandas não atendidas pelos canais convencionais de atendimento cheguem ao Judiciário, contribuindo para a redução do contencioso jurídico.

Além disso, o atendimento aos advogados também trará benefícios na aceleração do cumprimento das sentenças exaradas pelos magistrados, inclusive as de teor liminar e em caráter de urgência.

Diante disso, com a certeza de contribuir com a maior celeridade do sistema judicial brasileiro, assim como com a melhora no atendimento à saúde dos consumidores de plano privado de assistência à saúde, contamos com o apoio dos Colegas no sentido de aprovarem a presente proposição.

Sala das Sessões, em 09 de setembro de 2021.

Deputado CÁSSIO ANDRADE
PSB/PA

CD219769404200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Cássio Andrade
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD219769404200

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.162, DE 2021

(Do Sr. Adolfo Viana)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a divulgação pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de informações atualizadas dos prestadores de serviços de saúde contratados, referenciados ou credenciados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1677/2011.

Apresentação: 15/09/2021 13:07 - Mesa
PL n.3162/2021

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Adolfo Viana-PSDB/BA

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. ADOLFO VIANA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a divulgação pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de informações atualizadas dos prestadores de serviços de saúde contratados, referenciados ou credenciados.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 5º e 6º:

"Art. 17. ……...

……..

§ 5º As operadoras de planos privados de assistência à saúde divulgarão, em seu portal corporativo e na central de atendimento, informações atualizadas de seus prestadores de serviços de saúde contratados, referenciados ou credenciados, incluindo entidades hospitalares.

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde encaminharão informações atualizadas de seus prestadores de serviços de saúde contratados, referenciados ou credenciados, incluindo entidades hospitalares, periodicamente, nos termos de regulamento, para o correio eletrônico dos beneficiáriosl." (NR)

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

LexEdit
CD212244109500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Adolfo Viana
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD212244109500

Apresentação: 15/09/2021 13:07 - Mesa
PL n.3162/2021

JUSTIFICAÇÃO

O art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, trata da inclusão, manutenção e alteração, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de prestadores de serviços como contratados, referenciados ou credenciados. Esse dispositivo foi regulamentado pela Resolução Normativa (RN) nº 365, de 2014, da ANS, que traz detalhamentos acerca da relação das operadoras com os consumidores.

Evidenciou-se no art. 10 desta RN que o Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, e que essas informações devem ser disponibilizadas com antecedência mínima de 30 dias, contados da efetiva substituição, permanecendo acessíveis por 180 dias.

Embora essa regulamentação já tenha representado um avanço para os consumidores de planos, acreditamos que ainda há espaço para aprimoramentos no assunto. Atualmente, 82,7% dos domicílios brasileiros têm acesso à internet[1]. Apesar de não termos encontrado resultados específicos sobre o assunto, o número de beneficiários de planos que acessam a internet deve ser ainda maior, uma vez que se trata de um grupo de pessoas com escolaridade e renda média geralmente mais altas[2].

Diante do exposto, tivemos a ideia de propor a alteração da Lei nº 9.656, de 1998, para que as operadoras divulguem informações atualizadas de seus prestadores, tanto em seu portal, como por meio do envio ao e-mail dos beneficiários, e à ANS.

Com isso, esperamos assegurar cada vez mais transparência e eficiência na relação entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde. No contexto atual, em que quase todos estamos conectados à internet, é preciso garantir que as informações cheguem ao seu destinatário na maior celeridade

[1] https://www.gov.br/mcom/pt-br/noticias/2021/abril/pesquisa-mostra-que-82-7-dos-domicilios-brasileiros-tem-acesso-a-internet

[2] http://www.epidemio-ufpel.org.br/uploads/teses/Tese%202017-10-23.pdf

LexEdit
CD212244109500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Adolfo Viana
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD212244109500

Apresentação: 15/09/2021 13:07 - Mesa
PL n.3162/2021

possível. Por isso, pedimos apoio aos nobres pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado ADOLFO VIANA

LexEdit
CD212244109500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Adolfo Viana
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD212244109500

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. 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)*

§ 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)*

Art. 17- A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do *caput* os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1º e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.
§ 2º O contrato de que trata o *caput* deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:
I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;
IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.
§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.
§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.
§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.
§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo *(Artigo acrescido 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)*
Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*
I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;
.....
.....

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 365, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o inciso IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.
.....

CAPÍTULO III
DA COMUNICAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS

Art. 10. O Portal Corporativo e a Central de Atendimento das operadoras devem manter atualizadas as informações das substituições havidas em sua rede assistencial não hospitalar para consulta pelos beneficiários, observando os critérios mínimos definidos em Instrução

Normativa da DIDES.
§ 1º A informação de que trata o caput deve ser disponibilizada com antecedência mínima de 30 dias, contados da data da efetiva substituição, e deve permanecer acessível por 180 dias.
§ 2º Excepcionalmente, nos casos em que houver suspensão definitiva do atendimento por parte do Prestador, sem cumprimento do prazo para notificação ou não renovação contratual estabelecido entre as partes, ou rescisão contratual por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor, a Operadora deverá:
I - comunicar aos beneficiários a exclusão do Prestador na data em que tomou conhecimento do fato; e
II - providenciar sua substituição e comunicá-la aos beneficiários no prazo de 60 dias, contados da data em que tomou conhecimento da suspensão do atendimento.
Art. 11. A operadora deve comunicar, ao contratante do plano, pessoa física ou jurídica, por qualquer meio que garanta a ciência do beneficiário, em especial por meio impresso, que as substituições havidas na rede assistencial da operadora ficarão disponíveis no Portal Corporativo e na Central de Atendimento da Operadora e os respectivos endereço eletrônico e telefone.
§ 1º A comunicação do endereço eletrônico ou telefone específicos do local onde o beneficiário tem acesso às substituições deverá ocorrer por ocasião da assinatura do contrato com contratante do plano, pessoa física ou jurídica, e no mínimo a cada ano, ou sempre em que houver alteração dos respectivos endereço eletrônico e telefone.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.194, DE 2021

(Do Sr. Filipe Barros)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, para dispor sobre a atualização de coberturas no âmbito da saúde complementar.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5346/2019.

Apresentação: 16/09/2021 12:47 - Mesa
PL n.3194/2021

CAMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , DE DE DE 2021
(DO SR. FILIPE BARROS)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, para dispor sobre a atualização de coberturas no âmbito da saúde complementar.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12.....

.....

.....

I

- .....

.....

..

d) cobertura dos medicamentos para tratamento domiciliar regularmente prescritos em atendimento ambulatorial anterior.

II – quando incluir internação hospitalar:

.....

.....

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Filipe Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217729672200

CD217729672200

Apresentação: 16/09/2021 12:47 - Mesa
PL n.3194/2021

h) cobertura dos medicamentos para tratamento domiciliar prescritos no âmbito de assistência à saúde prestada em razão de internação hospitalar.

i) cobertura de medicamentos, de uso contínuo ou não, ou tratamentos receitados pelos médicos do Sistema Único de Saúde – SUS e pelas redes de atendimento do plano ou seguro privado de assistência à saúde, independente de o medicamento ou tratamento estar ou não incluído na lista ofertado pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

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, com a cobertura dos medicamentos para tratamento domiciliar prescritos durante o atendimento hospitalar.

.....

.....

§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas 'c' do inciso I, 'g' e "h", do inciso II deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica.

CD217729672200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Filipe Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217729672200

Apresentação: 16/09/2021 12:47 - Mesa
PL n.3194/2021

§ 6º Caso o medicamento ou o tratamento indicado não tenha autorização da Agência Nacional de Saúde – ANVISA ou não tenha sido incorporado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec,

§ 7º O fornecimento, previsto no § 6º, dependerá da apresentação de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS.

§ 8º A responsabilidade para elaboração do laudo médico previsto nos parágrafos 6º e 7º é do plano ou seguro privado de assistência à saúde, que o providenciaria e arcará com eventuais custos a ele inerentes.

§ 9º O fornecimento de medicamento ou tratamento previstos na alínea “h” do inciso II deste artigo não afasta a possibilidade de exercício de direito de regresso contra o Sistema Único de Saúde – SUS, que poderá ser acionado pelo plano ou seguro privado de assistência à saúde para o ressarcimento de eventuais custos. (NR)”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

FILIPE BARROS

Deputado Federal (PSL-SP)

CD217729672200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Filipe Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217729672200

Apresentação: 16/09/2021 12:47 - Mesa
PL n.3194/2021

CAMARA DOS DEPUTADOS

JUSTIFICAÇÃO

O direito à saúde, que envolve de modo indissociável o acesso às terapias direcionadas à manutenção e recuperação da saúde, sempre foi reconhecido como um dos principais direitos humanos, tendo em vista sua íntima vinculação com a proteção da dignidade e da vida humanas. Somente após a instauração do tratamento demandado que o ciclo da atenção se aprimora, ainda que não esteja completo, pois não se esgota no início do tratamento, mas somente após o restabelecimento da saúde. O acompanhamento da terapia, assim, também constitui etapa essencial na proteção do ser humano.

Apesar da relevância do acesso aos medicamentos na garantida do direito à saúde e à vida, a lei que disciplina a saúde suplementar e os planos e seguros privados de saúde não traz o fornecimento de medicamentos como direito de seus beneficiários. Entendo que essa lacuna precisa ser corrigida para que a proteção da saúde daqueles que recorrem ao sistema suplementar seja obtida em sua plenitude.

Dessa forma, considero uma medida de justiça com todos os brasileiros que buscam o sistema de saúde suplementar para proteger sua própria saúde, que investem parcela significativa de sua renda no financiamento dos planos e seguros saúde, mas tem um acesso parcial nessa proteção, uma proteção incompleta. Tendo em vista o aprimoramento do sistema suplementar, conclamo meus pares no sentido do acolhimento da presente proposição.

Sala das Sessões, em de de 2021.

CD217729672200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Filipe Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217729672200

CAMARA DOS DEPUTADOS

Deputado FILIPE BARROS

PSL/RS

Apresentação: 16/09/2021 12:47 - Mesa
PL n.3194/2021

CD217729672200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Filipe Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217729672200

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 3.323, DE 2021

(Do Sr. Charles Fernandes)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1942/2007.

Apresentação: 27/09/2021 12:57 - Mesa
PL n.3323/2021

Câmara dos Deputados

PROJETO DE LEI

(Do Sr. Dep. Charles Fernandes)

Altera a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar o art. 12, § 5, com a seguinte redação.

Art. 12 – § 5° – quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de cento e oitenta dias para partos a termo;

b) prazo máximo de noventa dias para os demais casos;

c) prazo de que se fizer necessária , segundo laudo médico, para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

LexEdit
CD217969840200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Charles Fernandes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217969840200

Apresentação: 27/09/2021 12:57 - Mesa
PL n.3323/2021

JUSTIFICAÇÃO

A Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, apesar de não ser reconhecida como um dos grandes avanços para o consumidor, tal como se deu com o advento do Código de Defesa do Consumidor, é um texto legal que tem elevada importância para todos nós cidadãos brasileiros, especialmente aqueles que possuem planos de saúde privados ou públicas com essa finalidade, Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; Verifica-se, portanto, que a finalidade dos planos de saúde não são apenas a captação de recursos pré-estabelecidos para custear um limite de tratamentos disponíveis e/ou contratados mas, sim, uma verdadeira apólice de assistência médica, hospitalar e odontológica . Tal carecia se faz necessária para que as operadoras tenham uma garantia, que o consumidor não ingresse no plano para o simples fato de uma necessidade emergencial e

LexEdit
CD217969840200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Charles Fernandes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217969840200

Apresentação: 27/09/2021 12:57 - Mesa
PL n.3323/2021

sim para se manter no plano quando se fizer necessário. Em consonância com esse entendimento, visando corrigir as lacunas existentes na atual legislação que trata dos Planos de Saúde e, sobretudo, objetivando ampliar os direitos dos consumidores-usuários desse segmento, é que nos levam a apresentar a presente proposta legislativa, na qual diminuímos os prazos conforme exposto no Art. 12 – § 5° – quando fixar períodos de carência: a) prazo máximo de cento e oitenta dias para partos a termo; b) prazo máximo de noventa dias para os demais casos; c) prazo de que se fizer necessária , segundo laudo médico, para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

Por isso peço ao nobres pares, que votem pela aprovação desse projeto.

Sala da Comissão, em 13 de abril de 2021.

Deputado Charles Fernandes

PSD / BA

LexEdit
CD217969840200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Charles Fernandes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD217969840200

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. 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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
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 qüinquagésimo 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)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.291, DE 2021

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da prestação de serviço de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2934/2004.

Apresentação: 03/12/2021 16:48 - Mesa
PL n.4291/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. CARLOS BEZERRA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da prestação de serviço de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 10-E:

> "Art. 10-E. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, a oferta e a realização de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher."

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

JUSTIFICAÇÃO

Conforme o Mapa da Violência de 2012, a cada 5 minutos, uma mulher é vítima de agressão no Brasil, que ostenta, entre 84 países, o vergonhoso índice de ser o 7º nas maiores taxas de homicídio feminino, de 4,4 mulheres em cem mil, perdendo apenas para El Salvador, Trinidad e Tobago, Guatemala, Rússia, Colômbia e Belize[1].

Em 2021, aproximadamente 17 milhões de mulheres foram vítimas de violência no Brasil. As agressões em ambiente doméstico representaram 42% em 2019 e 48,8% em 2020, enquanto as violências

1 https://probusjus.jusbrasil.com.br/artigos/359743717/mulher-vitima-de-violencia-domestica-tem-direito-a-cirurgia-reparadora-pelo-sus

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218795081500
CD218795081500

Apresentação: 03/12/2021 16:48 - Mesa
PL n.4291/2021

sofridas nas ruas foram de 29% para 19%. Também aumentaram os casos em que os agressores são companheiros, namorados e ex-parceiros[2].

Atualmente, está vigente a Lei nº 13.239, de 2015, que dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

Ademais, a Lei nº 13.427, de 2017[3], inclui, entre os princípios do Sistema Único de Saúde, o da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.

Dessa forma, as vítimas de violência doméstica e familiar já têm direito à realização de cirurgia plástica reparadora das sequelas das lesões advindas desse crime no âmbito do SUS. No entanto, essa regra ainda não existe, explicitamente, no âmbito da Saúde Suplementar.

Notamos, assim, que, no ordenamento jurídico vigente existe uma certa disparidade entre a legislação do SUS e a da Saúde Suplementar. As mulheres atendidas pela Sistema Único de Saúde têm direito, legalmente previsto, de realizarem cirurgia plástica reparadora das sequelas das lesões advindas de violência doméstica. As beneficiárias de planos privados de assistência à saúde, todavia, não possuem essa prerrogativa expressa na Lei.

Cremos, porém, que não importa se recorrem à saúde gratuita ou se dispõem de relevante parcela do seu orçamento para participar de planos de saúde, as mulheres devem ter direito de reparação das marcas físicas deixadas pela violência.

É por isso que apresentamos este Projeto de Lei, na esperança de darmos às milhões de beneficiárias de planos privados de assistência à saúde o fundamento jurídico para, se necessário, exigirem das operadoras a que estão vinculadas o custeio dos procedimentos fundamentais à recuperação

CD218795081500

2 https://ibdfam.org.br/noticias/8560

3 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13427.htm

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218795081500

Apresentação: 03/12/2021 16:48 - Mesa
PL n.4291/2021

da saúde e da autoestima que lhes foram arrancadas nos episódios de violência. Pedimos, dessa forma, apoio dos Pares nesta causa nobre.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado CARLOS BEZERRA

CD218795081500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD218795081500

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

(Ver Medida Provisória nº 1.067, de 2 de setembro de 2021)

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou

participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
III - inseminação artificial;
IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*
VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação

decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*
§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*
Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)*
Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*
.....
.....

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.067, DE 2 DE SETEMBRO DE 2021

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:
Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:
"Art.10.....
.....
§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes, de procedimentos de alta complexidade e das dispostas nas alíneas "c" do inciso I e "g" do inciso II do caput do art. 12, será estabelecida em norma editada pela ANS.
§ 5º As metodologias utilizadas na avaliação de que trata o § 3º do art. 10-D, incluídos os indicadores e os parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios, serão estabelecidas em norma editada pela ANS, assessorada pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar.
§ 6º A atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS será

realizada por meio da instauração de processo administrativo, a ser concluído no prazo de cento e vinte dias, que poderá ser prorrogado por sessenta dias corridos quando as circunstâncias exigirem.
§ 7º Finalizado o prazo previsto no § 6º sem manifestação conclusiva da ANS no processo administrativo, será realizada a inclusão automática do medicamento, do produto de interesse para a saúde ou do procedimento no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar até que haja decisão da ANS, garantida a continuidade da assistência iniciada mesmo se a decisão for desfavorável à inclusão.
§ 8º As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até trinta dias.
§ 9º O processo administrativo de que trata o § 6º observará o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, no que couber, e as seguintes determinações:
I - apresentação, pelo interessado, dos documentos com as informações necessárias ao atendimento do disposto no § 3º do art. 10-D, na forma prevista em regulamento;
II - apresentação do preço estabelecido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, no caso de medicamentos;
III - realização de consulta pública com a divulgação de relatório preliminar emitido pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar;
IV - realização de audiência pública, na hipótese de matéria relevante; e
V - divulgação do relatório final de que trata o § 3º do art. 10-D da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar." (NR)
"Art. 10-D. Fica instituída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10.
§ 1º O funcionamento e a composição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar serão estabelecidos em regulamento.
§ 2º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar será composta, no mínimo, por representantes das seguintes entidades:
I - um do Conselho Federal de Medicina;
II - um do Conselho Federal de Odontologia; e
III - um do Conselho Federal de Enfermagem.
§ 3º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar deverá apresentar relatório que considerará:
I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso;
II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e
III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar." (NR)
Art. 2º O disposto nesta Medida Provisória aplica-se aos processos em curso na data de sua publicação para a ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar.
Art. 3º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 2 de setembro de 2021; 200º da Independência e 133º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO

Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

LEI Nº 13.239, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2015

Dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a oferta e a realização, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.
Art. 2º São obrigatórias, nos serviços do SUS, próprios, contratados e conveniados, a oferta e a realização de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher.
Art. 3º Os hospitais e os centros de saúde pública, ao receberem vítimas de violência, deverão informá-las da possibilidade de acesso gratuito à cirurgia plástica para reparação das lesões ou sequelas de agressão comprovada.
§ 1º A mulher vítima de violência grave que necessitar de cirurgia deverá procurar unidade que a realize, portando o registro oficial de ocorrência da agressão.
§ 2º O profissional de medicina que indicar a necessidade da cirurgia deverá fazê-lo em diagnóstico formal, expresso, encaminhando-o ao responsável pela unidade de saúde respectiva, para sua autorização.
§ 3º Deverão ser encaminhados para clínicas especializadas os casos indicados para complementação diagnóstica ou tratamento, quando necessário.
Art. 4º Os recursos financeiros destinados a cobrir as despesas decorrentes desta Lei serão alocados para o ano subsequente à sua publicação e provenientes da programação orçamentária de saúde.
Art. 5º A ausência do informe previsto no caput do art. 3º sujeita o responsável pelo hospital ou centro de saúde às seguintes penalidades, a serem aplicadas cumulativamente:
I - multa no valor do décuplo de sua remuneração mensal;
II - perda da função pública;
III - proibição de contratar com o poder público e de receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de quatro anos.
Parágrafo único. Os recursos provenientes da arrecadação da multa prevista no inciso I serão aplicados em campanhas educativas de combate à violência contra a mulher.
Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de dezembro de 2015; 194º da Independência e 127º da República.

DILMA ROUSSEFF
Marcelo Costa e Castro
Nilma Lino Gomes

LEI Nº 13.427, DE 30 DE MARÇO DE 2017

Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º Esta Lei altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.
Art. 2º O art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XIV:
"Art. 7º .....
.....
XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013." (NR)
Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de março de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER
Osmar Serraglio
Ricardo José Magalhães Barros

PROJETO DE LEI N.º 4.523, DE 2021

(Da Sra. Tabata Amaral)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências, para explicitar a competência da ANS de fiscalizar os serviços de saúde próprios mantidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2734/2011.

Apresentação: 16/12/2021 22:31 - Mesa
PL n.4523/2021

Projeto de Lei Nº , DE 2021

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que *cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*, para explicitar a competência da ANS de fiscalizar os serviços de saúde próprios mantidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os incisos XV e XXIII do *caput* do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com a seguinte redação:

"**Art. 4º** .....

.....

XV – estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados, bem como fiscalizar diretamente a qualidade dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde próprios;

.....

XXIII – fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, inclusive dos serviços de saúde próprios, e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

....." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia (CPI da Pandemia) lançou luz sobre gravíssimas irregularidades envolvendo a rede Prevent Senior, que têm suas origens no fato de a empresa ser, simultaneamente, prestadora de serviços de atenção à saúde e

CD210364276200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tabata Amaral
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD210364276200

Apresentação: 16/12/2021 22:31 - Mesa
PL n.4523/2021

operadora de plano de saúde.

O exercício de ambos os papéis enseja, como se está revelando na CPI, um perigoso conflito de interesses. Toda operadora de planos de saúde tem o objetivo de controlar os custos do atendimento a seus beneficiários. No pólo oposto, os hospitais e demais prestadores de serviços para os planos têm, por meta, bem atender aos pacientes e, evidentemente, ampliar seu faturamento. Haveria, desse modo, incentivo para a adoção de procedimentos considerados desnecessários ou com baixo benefício em relação ao seu custo. O choque de interesses entre planos de saúde e prestadores tem, como resultante, uma tendência ao equilíbrio, ainda que não sejam raros os conflitos entre as partes.

A adoção do modelo verticalizado desequilibra a relação, ao eliminar a independência administrativa e econômica do prestador. Com efeito, a questão é agravada pela chamada assimetria de informação que existe entre o plano de saúde verticalizado – e sua rede de atendimento – e os pacientes e suas famílias.

A Medicina é uma atividade cada vez mais complexa, também do ponto de vista tecnológico. A possibilidade de um paciente ou de seus familiares monitorarem o serviço prestado é quase nula. Mesmo médicos integrantes do sistema muitas vezes não conseguem apreender todas as consequências de determinadas posturas institucionais. Eventos graves ou fatais, que envolvam procedimentos não recomendados ou contraindicados, só são constatados *ex-post*, quando os danos à saúde – e à vida – dos pacientes tornaram-se irreversíveis. De fato, com a concentração de poder nas mãos das operadoras, a tendência é a fragilização ainda maior dos beneficiários.

Os diversos depoimentos prestados na CPI deixaram evidente que os riscos trazidos para os beneficiários dos planos de saúde quando suas operadoras seguem o modelo de verticalização são tão elevados que sua adoção deve ser fiscalizada de perto. Mas não nos referimos apenas a questões burocráticas das operadoras ou de seu relacionamento com os prestadores de serviço. No caso da operação de serviços de saúde próprios, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve fiscalizar de maneira rigorosa as atividades desses serviços, a fim de coibir a adoção de condutas lesivas aos beneficiários de planos de saúde.

A proposta legislativa em questão foi elaborada em parceria com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), organização comprometida com a ética nas relações de consumo e com a efetivação do direito à saúde.

Estamos seguros de que sua aprovação terá o condão de evitar a recorrência de eventos trágicos como aqueles expostos de maneira dramática nos depoimentos da CPI da Pandemia e que custaram a vida de centenas de pacientes idosos nas unidades hospitalares da rede Prevent Senior.

É o que se coloca à deliberação desta Casa.

Sala das Sessões,

Deputada Tabata Amaral (PSB/ SP)

CD210364276200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Tabata Amaral
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD210364276200

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 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....

Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-

financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do

responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 4.557, DE 2021

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Acrescenta dispositivo ao art. 32 da Lei nº 9.656, de 02 de junho de 1968, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-71/2003.

Apresentação: 20/12/2021 10:57 - Mesa
PL n.4557/2021

PROJETO DE LEI Nº , DE 2021

(Do Sr. Carlos Bezerra)

Acrescenta dispositivo ao art. 32 da Lei nº 9.656, de 02 de junho de 1968, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 32 da Lei nº 9.656, 02 de junho de 1968, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo décimo:

Art. 32…….

§ 10º– Aplica-se a prescrição geral decenal prevista no art. 205 do Código Civil às pretensões de cobrança de despesas medico-hospitalares contra planos de saúde.

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

JUSTIFICAÇÃO

A recusa injustificada pela operadora de plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja contratualmente obrigada pode ensejar reparação a título de dano moral por agravar a situação de aflição psicológica do beneficiário.

Diante da inexistência de norma prescricional específica que abranja o exercício de pretensão de reembolso de despesas medico-hospitalares cobertas pelo contrato de plano de saúde.

CD213934505000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213934505000

Apresentação: 20/12/2021 10:57 - Mesa
PL n.4557/2021

A regra da prescrição decenal estabelecida no artigo 205 do Código Civil torna-se perfeitamente defensável.

Assim, o presente projeto pretende preencher esta lacuna existente em nossa legislação.

Ante o exposto, esperamos contar com o necessário apoio de nossos pares nesta casa, para transformar em norma jurídica este Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2021.

Deputado Carlos Bezerra

2009_2239_Carlos Bezerra

CD213934505000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Carlos Bezerra
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD213934505000

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. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2001)*

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.469, de 26/8/2011)*

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

.....
.....

LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002

Institui o Código Civil.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

PARTE GERAL

.....

LIVRO III
DOS FATOS JURÍDICOS

.....

TÍTULO IV
DA PRESCRIÇÃO E DA DECADÊNCIA

CAPÍTULO I
DA PRESCRIÇÃO

.....

Seção IV
Dos Prazos da Prescrição

Art. 205. A prescrição ocorre em dez anos, quando a lei não lhe haja fixado prazo menor.
Art. 206. Prescreve:
§ 1º Em um ano:
I - a pretensão dos hospedeiros ou fornecedores de víveres destinados a consumo no próprio estabelecimento, para o pagamento da hospedagem ou dos alimentos;
II - a pretensão do segurado contra o segurador, ou a deste contra aquele, contado o prazo:
a) para o segurado, no caso de seguro de responsabilidade civil, da data em que é citado para responder à ação de indenização proposta pelo terceiro prejudicado, ou da data que a este indeniza, com a anuência do segurador;
b) quanto aos demais seguros, da ciência do fato gerador da pretensão;
III - a pretensão dos tabeliães, auxiliares da justiça, serventuários judiciais, árbitros e peritos, pela percepção de emolumentos, custas e honorários;
IV - a pretensão contra os peritos, pela avaliação dos bens que entraram para a formação do capital de sociedade anônima, contado da publicação da ata da assembléia que aprovar o laudo;
V - a pretensão dos credores não pagos contra os sócios ou acionistas e os liquidantes, contado o prazo da publicação da ata de encerramento da liquidação da sociedade.
§ 2º Em dois anos, a pretensão para haver prestações alimentares, a partir da data em que se vencerem.
§ 3º Em três anos:
I - a pretensão relativa a aluguéis de prédios urbanos ou rústicos;
II - a pretensão para receber prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias;
III - a pretensão para haver juros, dividendos ou quaisquer prestações acessórias, pagáveis, em períodos não maiores de um ano, com capitalização ou sem ela;
IV - a pretensão de ressarcimento de enriquecimento sem causa;
V - a pretensão de reparação civil;
VI - a pretensão de restituição dos lucros ou dividendos recebidos de má-fé, correndo o prazo da data em que foi deliberada a distribuição;
VII - a pretensão contra as pessoas em seguida indicadas por violação da lei ou do estatuto,

contado o prazo:
a) para os fundadores, da publicação dos atos constitutivos da sociedade anônima;
b) para os administradores, ou fiscais, da apresentação, aos sócios, do balanço referente ao exercício em que a violação tenha sido praticada, ou da reunião ou assembléia geral que dela deva tomar conhecimento;
c) para os liquidantes, da primeira assembléia semestral posterior à violação;
VIII - a pretensão para haver o pagamento de título de crédito, a contar do vencimento, ressalvadas as disposições de lei especial;
IX - a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório.
§ 4º Em quatro anos, a pretensão relativa à tutela, a contar da data da aprovação das contas.
§ 5º Em cinco anos:
I - a pretensão de cobrança de dívidas líquidas constantes de instrumento público ou particular;
II - a pretensão dos profissionais liberais em geral, procuradores judiciais, curadores e professores pelos seus honorários, contado o prazo da conclusão dos serviços, da cessação dos respectivos contratos ou mandato;
III - a pretensão do vencedor para haver do vencido o que despendeu em juízo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 373, DE 2022

(Do Sr. Luiz Antônio Corrêa)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a autorizarem em no máximo 2 horas a realização de exames diagnósticos indicados pelo médico solicitante como urgência e emergência .

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5024/2009.

Apresentação: 23/02/2022 12:39 - Mesa
PL n.373/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. LUIZ ANTÔNIO CORRÊA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para obrigar as operadoras de planos de saúde a autorizarem em no máximo 2 horas a realização de exames diagnósticos indicados pelo médico solicitante como urgência e emergência .

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta parágrafo ao art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para obrigar as operadoras de planos de saúde a autorizarem em no máximo 2 horas a realização de exames diagnósticos indicados pelo médico solicitante como tendo urgência ou emergência.

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, fica acrescido do seguinte parágrafo 2º, renumerando-se o atual parágrafo único:

"Art. 35-C. .....

.....

1º § .....

§ 2º As operadoras de planos de saúde ficam obrigadas a autorizarem em no máximo 2 horas a realização de exames diagnósticos indicados pelo médico solicitante como urgentes/ emergência.(NR)"

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

CD229688622800

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luiz Antônio Corrêa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229688622800

Apresentação: 23/02/2022 12:39 - Mesa
PL n.373/2022

JUSTIFICAÇÃO

A proposição que apresento objetiva propiciar ao usuário de planos de saúde uma melhor atenção a sua necessidade de saúde, particularmente no que se refere à realização de exames diagnósticos, em que conste a natureza urgente e de emergência, indicada pelo médico que o assiste.

Há casos em que exames necessários para um adequado diagnóstico são autorizados após vários dias.

Considerando que um atraso no diagnóstico pode ser determinante para o agravamento da saúde do usuário, é relevante promover a devida celeridade na autorização de exames pelas operadoras de planos de saúde, quando o médico solicitante indicar uma situação de urgência e emergência.

Tal profissional é habilitado para realizar a avaliação das condições do paciente, de modo que considero a proposta razoável e necessária para garantir a saúde dos usuários de planos de saúde do Brasil.

Também considero relevante inserir a obrigação na Lei nº 9.656/1998, que aborda os planos de saúde, pois seu art. 25 prevê um conjunto de penalidades aplicáveis às infrações aos seus dispositivos.

Diante do exposto, solicito o apoio dos nobres Pares para a aprovação da proposição nessa Casa.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado LUIZ ANTÔNIO CORRÊA

2022-338

CD229688622800

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luiz Antônio Corrêa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229688622800

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. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em conseqüência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:
I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;
II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;
IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:
a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;
V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.
Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:
I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.
§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente

a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.
§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.
§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.
§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.
§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.
§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*
Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*
Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às

informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

PROJETO DE LEI N.º 392, DE 2022

(Da Sra. Natália Bonavides)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 para dispor sobre direitos de usuários e usuárias de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5912/2013.

Apresentação: 24/02/2022 09:06 - Mesa
PL n.392/2022

PROJETO DE LEI nº , de 2022

(Da Deputada Natália Bonavides)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 para dispor sobre direitos de usuários e usuárias de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º Esta Lei tem como objetivo dispor sobre direitos de usuários e usuárias de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

.....

.....

§ 6º A responsabilidade das pessoas jurídicas operadoras de Plano Privado de Assistência à Saúde é objetiva e solidária por danos causados por profissionais e estabelecimentos próprios ou credenciados.

.....(NR)"

"Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da

CD227526651000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Natália Bonavides
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227526651000

Apresentação: 24/02/2022 09:06 - Mesa
PL n.392/2022

Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, entendido como aquele incompatível com as normas de controle sanitário ou não reconhecido como eficaz pela comunidade científica;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins exclusivamente estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III- inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade exclusivamente estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado os antineoplásicos e correlacionados, as medicações aplicadas em *home care* e outros fármacos incluídos Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

.....

§ 2º O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS é meramente exemplificativo e não exclui a obrigação das operadoras de fornecerem o atendimento necessário para a garantia da saúde da pessoa segurada.

.....

.....(NR)”

“Art. 11-A É vedada a imposição de restrição desproporcional e injustificada ao direito de usuários e usuárias de receberem atendimento necessário à garantia da sua saúde, por meio das seguintes cláusulas contratuais e/ou práticas, dentre outras:

CD227526651000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Natália Bonavides
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227526651000

Apresentação: 24/02/2022 09:06 - Mesa
PL n.392/2022

I –limitação de tempo de internação hospitalar;

II –recusa ou exclusão da cobertura do custeio de:

a) exames, procedimentos ou medicamentos prescritos por médico não integrante da rede de atendimento do plano;

b) prótese indispensável ao procedimento cirúrgico coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde da pessoa segurada;

c) cirurgias complementares de caráter reparador ou funcional em necessárias ao pleno restabelecimento da pessoa segurada;

d) procedimento ou medicamento prescrito pelo médico e necessário para assegurar o tratamento de doenças cobertas pelo plano de saúde, inclusive fora das indicações descritas na bula registrada na ANVISA (uso off-label), ainda que não previstos na lista da ANS;

e) medicamento prescrito por médico cuja importação encontra-se autorizada pela Anvisa;

f) tratamento de AIDS ou de doenças infectocontagiosas;

g) medicamento para quimioterapia ministrado em ambiente domiciliar;

III – restrição para realizar transplante de órgãos;

IV - interrupção de tratamento de terapia ou de psicoterápico com fundamento no esgotamento do número de sessões anuais;

V – recusa de prestar serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência após ultrapassada a carência de 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, prazo que será dispensado em caso de doença grave que, se não combatida a tempo, pode tornar inócuo o amparo à saúde e à vida;

VI – suspensão ou recusa de atendimento em razão do atraso de pagamento de uma única parcela;

VII – recusa de procedimento, medicamento ou tratamento com finalidade de prevenir doenças ou agravos;

VIII - estabelecimento de limite de valor para o custeio de despesas com tratamento clínico, cirúrgico e de internação hospitalar.

Parágrafo único. A injusta recusa à cobertura de serviços de saúde enseja direito de exigir reparação. (NR)”

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

CD227526651000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Natália Bonavides
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227526651000

Apresentação: 24/02/2022 09:06 - Mesa
PL n.392/2022

JUSTIFICAÇÃO

A saúde é um direito essencial de todos e todas, reconhecido na Constituição Federal de 1988 no rol de direitos fundamentais (art. 6º) e em seção própria no título "Da ordem Social" (art. 196 e seguintes).

A iniciativa privada, embora esteja autorizada a prestar a assistência à saúde, deve obedecer ao que dispõe a Constituição Federal, que tutela a saúde como direito de todos e todas, e não como mercadoria.

A proteção e garantia da saúde é extensão da própria dignidade da pessoa humana. Não à toa, o art. 197 da Constituição estabeleceu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, estando submetidos à regulamentação, fiscalização e controle do poder público.

No entanto, o que se verifica no cotidiano, é a prática comum de planos de saúde de negarem atendimento às pessoas seguradas, violando a expectativa justa e legítima de usuários e usuárias que pagam valores expressivos para terem a segurança de que receberão atendimento necessário e adequado à sua condição de saúde.

Tais situações chegam com frequência ao poder judiciário, que nos últimos anos tem sido palco de diversos questionamentos sobre a legalidade de cláusulas e práticas contratuais que não somente frustram as expectativas das pessoas seguradas, mas que colocam até mesmo em risco a saúde e a vida de quem tem um tratamento negado.

Diante disso, os tribunais superiores, especialmente o Superior Tribunal de Justiça, têm realizado uma série de interpretações sobre os deveres das operadoras de planos de saúde e os direitos de usuários e usuárias à prestação do serviço de saúde. Esses entendimentos, alguns sedimentados em súmulas, têm permitido enfrentar práticas e cláusulas abusivas que impõem obstáculos ao pleno exercício do direito à saúde.

Por outro lado, esses entendimentos estão suscetíveis a mudanças, como a que verificamos neste momento: a discussão pelo STJ se mantém ou não o posicionamento histórico sobre o caráter exemplificativo do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da ANS.

Neste sentido, a fim de assegurar os avanços já reconhecidos na jurisprudência brasileira quanto à adequada prestação de serviços por planos de saúde, e de impedir eventuais retrocessos, apresentamos esta proposta legislativa que altera a Lei dos planos

CD227526651000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Natália Bonavides
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227526651000

Apresentação: 24/02/2022 09:06 - Mesa
PL n.392/2022

de saúde (Lei nº 9.656/1998) conferindo segurança jurídica aos direitos já conquistados no âmbito do poder judiciário.

O projeto de lei traz as seguintes alterações:

- Insere a possibilidade de aplicar o Código de Defesa do Consumidor, de acordo com a Súmula nº 608, do STJ;
- Determina a responsabilidade objetiva e solidária dos planos de saúde (STJ, AgInt no AREsp 1414776-SP e REsp 866371-RS);
- Permite fornecimento de tratamento domiciliar em situações excepcionais (STJ, REsp 1692938/SP);
- Estabelece o caráter exemplificativo do rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS (STJ, AgInt-REsp 1874078-PE e AgInt-REsp 1.914.956);
- Proíbe a limitação de tempo de internação hospitalar, de acordo com a Súmula nº 302, do STJ;
- Veda a recusa ou exclusão da cobertura do custeio de:
    - exames, procedimentos ou medicamentos prescritos por médico não integrante da rede de atendimento do plano (STJ, REsp 1330919-MT);
    - prótese indispensável ao procedimento cirúrgico coberto pelo plano e necessária ao pleno restabelecimento da saúde da pessoa segurada (STJ, AREsp 1411232/SP e AgInt no AREsp 1074241/MG);
    - cirurgias complementares de caráter reparador ou funcional em necessárias ao pleno restabelecimento da pessoa segurada (STJ, REsp 1757938/DF, REsp 1.249.701-SC e AgRg no AREsp 512484/PA);
    - procedimento ou medicamento prescrito pelo médico e necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas pelo referido plano, inclusive fora das indicações descritas na bula registrada na ANVISA (uso off-label), ainda que não previstos na lista da ANS (STJ, REsp 1721705-SP e AgInt no AREsp 1181628/SP);
    - medicamento prescrito por médico cuja importação encontra-se autorizada pela Anvisa (STJ, REsp 1943628-DF);
    - tratamento de AIDS ou de doenças infectocontagiosas (STJ, AgRg no REsp 1446987/SP);
    - medicamento para quimioterapia ministrado em ambiente domiciliar (STJ, REsp 1692938/SP e AgRg no AREsp 746.940/SP).

CD227526651000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Natália Bonavides
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227526651000

Apresentação: 24/02/2022 09:06 - Mesa
PL n.392/2022

- Proíbe a interrupção de tratamento de terapia ou de psicoterápico com fundamento no esgotamento do número de sessões anuais (STJ, REsp 1679190-SP);
- Proíbe a recusa de prestar serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência após ultrapassado 24 horas da data da contratação, prazo que será dispensado em caso de doença grave que, se não combatida a tempo, pode tornar inócuo o amparo à saúde e à vida (STJ, AgInt no AREsp 1486048/DF e Súmula nº 597);
- Veda a suspensão ou recusa de atendimento em razão do atraso de pagamento de uma única parcela (STJ, REsp 259263 / SP);
- Veda a recusa de procedimento, medicamento ou tratamento com finalidade de prevenir doenças ou agravos (STJ, REsp 1.815.796/RJ)
- Proíbe o estabelecimento de limite de valor para o custeio de despesas com tratamento clínico, cirúrgico e de internação hospitalar (STJ, REsp 735750-SP);
- Estabelece que a injusta recusa à cobertura de serviços de saúde enseja direito de exigir reparação (STJ, AgInt no AREsp 1168502/CE e AgInt no AREsp 1207934/RJ).

Assim, com esta proposta de lei buscamos salvaguardar o direito humano e constitucional à saúde, que deve necessariamente se sobrepor nas relações privadas envolvendo as operadoras de planos de saúde.

Deputada Natália Bonavides (PT/RN)

CD227526651000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Natália Bonavides
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227526651000

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

CONSTITUIÇÃO
DA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. *(Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)*

Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária. *(Parágrafo único acrescido pela Emenda Constitucional nº 114, de 2021)*

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - fundo de garantia do tempo de serviço;

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;

VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;

VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;

IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;
XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;
XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)*
XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho;
XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva;
XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;
XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinqüenta por cento à do normal;
XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;
XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;
XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;
XX - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;
XXI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;
XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;
XXIV - aposentadoria;
XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)*
XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;
XXVII - proteção em face da automação, na forma da lei;
XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;
XXIX - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000)*
a) *(Alínea revogada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000)*
b) *(Alínea revogada pela Emenda Constitucional nº 28, de 2000)*
XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;
XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;
XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;
XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)*
XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso.

Parágrafo único. São assegurados à categoria dos trabalhadores domésticos os direitos previstos nos incisos IV, VI, VII, VIII, X, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIV, XXVI, XXX, XXXI e XXXIII e, atendidas as condições estabelecidas em lei e observada a simplificação do cumprimento das obrigações tributárias, principais e acessórias, decorrentes da relação de trabalho e suas peculiaridades, os previstos nos incisos I, II, III, IX, XII, XXV e XXVIII, bem como a sua integração à previdência social. *(Parágrafo único com redação dada pela Emenda Constitucional nº 72, de 2013)*

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. *(Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, publicada no DOU de 18/3/2015, em vigor na data de publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014) (Vide art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 2015)*

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, com redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, publicada no DOU de 18/3/2015, em vigor na data de publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014)*

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao

Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*
III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*
IV - *(Inciso acrescido pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, e revogado pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)*
§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*
§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006, e com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)*
§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. *(Parágrafo acrescido pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*
Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.
Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; *(Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015, republicada no DOU de 3/3/2015)*
VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

.....
.....

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

.....

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: ("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado o disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12; *(Inciso com redação dada 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)*

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

VIII - *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)* *(Parágrafo declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes, de procedimentos de alta complexidade e das dispostas nas alíneas "c" do inciso I e "g" do inciso II do *caput* do art. 12, será estabelecida em norma editada pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, com redação dada pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

§ 5º As metodologias utilizadas na avaliação de que trata o § 3º do art. 10-D, incluídos os indicadores e os parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios, serão estabelecidas em norma editada pela ANS, assessorada pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

§ 6º A atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar pela ANS será

realizada por meio da instauração de processo administrativo, a ser concluído no prazo de cento e vinte dias, que poderá ser prorrogado por sessenta dias corridos quando as circunstâncias exigirem. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

§ 7º Finalizado o prazo previsto no § 6º sem manifestação conclusiva da ANS no processo administrativo, será realizada a inclusão automática do medicamento, do produto de interesse para a saúde ou do procedimento no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar até que haja decisão da ANS, garantida a continuidade da assistência iniciada mesmo se a decisão for desfavorável à inclusão. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

§ 8º As tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até trinta dias. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

§ 9º O processo administrativo de que trata o § 6º observará o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, no que couber, e as seguintes determinações:

I - apresentação, pelo interessado, dos documentos com as informações necessárias ao atendimento do disposto no § 3º do art. 10-D, na forma prevista em regulamento;

II - apresentação do preço estabelecido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, no caso de medicamentos;

III - realização de consulta pública com a divulgação de relatório preliminar emitido pela Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar;

IV - realização de audiência pública, na hipótese de matéria relevante; e

V - divulgação do relatório final de que trata o § 3º do art. 10-D da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. *("Caput" do artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001)*

§ 1º Quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação referida no *caput* deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 2º No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

§ 3º Os procedimentos de simetrização da mama contralateral e de reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva prevista no *caput* e no § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.770, de 19/12/2018, publicada no DOU de 20/12/2018, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.738, de 30/11/2012, publicada no DOU de 3/12/2012, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 10-C. Os produtos de que tratam o inciso I do *caput* e o § 1º do art. 1º desta Lei deverão incluir cobertura de atendimento à violência autoprovocada e às tentativas de suicídio. *(Artigo*

acrescido pela Lei nº 13.819, de 26/4/2019, publicada no DOU de 29/4/2019, em vigor 90 dias após a publicação)

Art. 10-D. Fica instituída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar à qual compete assessorar a ANS nas atribuições de que trata o § 4º do art. 10.

§ 1º O funcionamento e a composição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar serão estabelecidos em regulamento.

§ 2º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar será composta, no mínimo, por representantes das seguintes entidades:

I - um do Conselho Federal de Medicina;

II - um do Conselho Federal de Odontologia; e

III - um do Conselho Federal de Enfermagem.

§ 3º A Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar deverá apresentar relatório que considerará:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, do produto ou do procedimento analisado, reconhecidas pelo órgão competente para o registro ou a para a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às coberturas já previstas no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, quando couber; e

III - a análise de impacto financeiro da ampliação da cobertura no âmbito da saúde suplementar. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 1.067, de 2/9/2021)*

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2408/2001)*

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 deste artigo dar-se-á, 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, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. *(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)*
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
.....
.....

SÚMULA 608 STJ

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. (SÚMULA 608, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)

SÚMULA 302 STJ

É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. (SÚMULA 302, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 18/10/2004, DJ 22/11/2004, p. 425)

Súmula 597 STJ

A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação. (SÚMULA 597, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/11/2017, DJe 20/11/2017)

PROJETO DE LEI N.º 416, DE 2022

(Do Sr. Sanderson e outros)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, tornando o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da Agência de Saúde Suplementar (ANS) exemplificativo.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-376/2022.

Apresentação: 25/02/2022 18:47 - Mesa
PL n.416/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Deputado Ubiratan SANDERSON)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, tornando o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar da Agência de Saúde Suplementar (ANS) exemplificativo.

O **Congresso Nacional** decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, tornando o rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência de Saúde Suplementar (ANS) exemplificativo.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

"Art. 9º-A. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da Agência de Saúde Suplementar (ANS) de que trata esta lei é exemplificativo, sendo vedada a restrição de tratamentos de saúde para além dos casos estabelecidos nesta lei.

.....
.....
....." (NR)

CD226656010700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Sanderson
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD226656010700

Apresentação: 25/02/2022 18:47 - Mesa
PL n.416/2022

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

JUSTIFICATIVA

Trata-se de projeto de lei que tem como objetivo alterar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para tornar o rol de Procedimento e Eventos em Saúde Suplementar da Agência de Saúde Suplementar (ANS) exemplificativo.

Apesar de lídimo o ato de definir quais as enfermidades que possuem cobertura pelo plano de saúde, bem como uma lista de procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, essa lista, por representar apenas uma cobertura mínima obrigatória e válida para os planos de saúde contratados a partir de 1999, não pode ser considerada taxativa.

Afinal, cuida-se apenas de uma referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, não podendo ser utilizada para alijar previamente o consumidor aderente do direito de se beneficiar de todos os possíveis procedimentos e eventos relacionados que se façam necessários para seu tratamento de sua saúde.

Nesse sentido, não obstante haja divergência no âmbito do Poder Judiciário acerca da taxatividade ou não do rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar da ANS, entendo que os usuários de planos de saúde não podem ficar à mercê de uma divergência jurisprudencial que não corresponde ao intuito do legislador, que é o de garantir o efetivo direito de acesso à saúde.

CD226656010700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Sanderson
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD226656010700

Apresentação: 25/02/2022 18:47 - Mesa
PL n.416/2022

É nesse contexto que, diante da relevância da matéria, solicito o apoio dos parlamentares para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Comissões, em de de 2022.

Ubiratan **SANDERSON**

Deputado Federal

CD226656010700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Sanderson
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD226656010700

COAUTORES

Deputado **GENINHO ZULIANI**
Deputado **SARGENTO FAHUR**

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. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto*: (“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 440, DE 2022

(Do Sr. Alexandre Frota)

“Dispõe sobre a obrigatoriedade de que os hospitais públicos e privados que mantenham unidades de tratamento intensivo (UTI), disponibilizem meios para que os parentes próximos possam acompanhar o parente ali internado de forma presencial.”

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5793/2019.

Apresentação: 04/03/2022 14:39 - Mesa
PL n.440/2022

PROJETO DE LEI N° DE 2022

(Deputado Alexandre Frota)

"Dispõe sobre a obrigatoriedade de que os hospitais públicos e privados que mantenham unidades de tratamento intensivo (UTI), disponibilizem meios para que os parentes próximos possam acompanhar o parente ali internado de forma presencial."

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1° - Artigo. 1º- Ficam obrigados os hospitais públicos e privados que mantenham unidades de tratamento intensivo (UTI), disponibilizem meios para que os parentes próximos possam acompanhar seu ente ali internado de forma presencial, de modo que não submeta a risco algum para a saúde do paciente e à integridade do tratamento a que está submetido.

§ 1º Os pacientes idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência intelectual, inclusive portadores de Transtorno do Espectro Autista, terão prioridade no acompanhamento que trata o caput deste artigo.

§ 2º Apenas o médico responsável pela Unidade de Terapia Intensiva poderá vetar a presença do acompanhante, desde que fundamentada sua decisão.

§ 3º Menores de idade ficam proibidos de serem acompanhantes, só havendo exceção no caso de ser o único parente do paciente.

Artigo 2º- Para que se concretize aquilo que vai disposto no artigo anterior, os hospitais terão em suas unidades de tratamento intensivo espaços

CD220818963700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alexandre Frota
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD220818963700

Apresentação: 04/03/2022 14:39 - Mesa
PL n.440/2022

envidraçados nas paredes que possibilitem o acompanhamento em tempo integral dos pacientes.

§ Único – São mantidas as visitas presenciais, desde que autorizadas pela equipe de plantão.

Artigo 3º- O Poder Executivo regulamentará a presente lei em 120 (Cento e vinte) dias a contar de sua publicação.

Artigo 4º- As despesas para a aplicação da presente lei correrão por dotação orçamentária própria, apenas para os hospitais públicos.

Art. 5º- Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação

JUSTIFICATIVA

Entendemos que a internação hospitalar pode ser um dos recursos necessários à recuperação da saúde do usuário. Mas com isso, o paciente é acometido por uma série de mudanças e interrupções de vida que qualquer ser humano requer no âmbito social, como carência emocional, isolamento e dificuldades econômicas, que podem ser prejudiciais ao seu tratamento.

Acompanhantes e visitantes amenizam esses fatores por serem a rede de apoio familiar e social do paciente durante sua hospitalização, tornando-se também o elo com a sociedade.

Porém, muitos profissionais e instituições não percebem a importância do acompanhante. Isso porque a ideia de que a permanência do acompanhante se trata de concessão ainda é muito difundida, sendo ignoradas as necessidades subjetivas do indivíduo e o valor que o acompanhante pode trazer à rápida recuperação da saúde e da autonomia do usuário.

No período de internação, o paciente é afetado por alguns sentimentos, como medo do desconhecido – tanto do ambiente como do prognóstico –, solidão e angústia – pela perda da liberdade –, e afastamento do seu meio social. O acompanhante, neste caso, pode surgir como base de acolhimento, sendo considerado pelo usuário uma fonte de segurança e amparo, e tem o papel de agente facilitador no

CD220818963700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alexandre Frota
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD220818963700

Apresentação: 04/03/2022 14:39 - Mesa
PL n.440/2022

restabelecimento da saúde do indivíduo dentro da unidade hospitalar, assim como ajudar na aceleração no processo de reabilitação.

Portanto acreditamos que a presente proposta legislativa irá trazer benefícios aos pacientes internados em Unidades de Tratamento Intensivo, pois como relatado trará maior conforto ao mesmo e sua recuperação poderá ser mais exitosa.

Por todo o exposto, espera o autor a tramitação regimental e apoio dos nobres colegas na aprovação do Projeto de Lei, que atende aos pressupostos de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Sala das Sessões em, de março de 2022

Alexandre Frota
Deputado Federal
PSDB/SP

CD220818963700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alexandre Frota
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD220818963700

PROJETO DE LEI N.º 489, DE 2022

(Do Sr. Igor Kannário)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para garantir a cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de sessões com psicólogos em número ilimitado.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-7389/2002.

Apresentação: 09/03/2022 12:55 - Mesa
PL n.489/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. IGOR KANNÁRIO)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para garantir a cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de sessões com psicólogos em número ilimitado.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 12. ……

I - ……

d) cobertura de sessões com psicólogos, em número ilimitado;

……..……

§ 6º Não é necessária a solicitação de médico assistente para a cobertura das sessões com psicólogo em número ilimitado a que se refere a alínea 'd' do inciso I deste artigo." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

Saúde não é simplesmente a ausência de doenças. A OMS evidenciou há décadas que este valor fundamental para o ser humano é um estado completo de bem-estar físico, mental e social[1]. A partir dessa nova perspectiva, a lógica de cuidado centrada no profissional médico deixou de prevalecer.

Atualmente, sabe-se que é necessário esforço interdisciplinar, dos mais diversos profissionais, para que os pacientes recebam a devida

1 https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Igor Kannário
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD223551731100
CD223551731100

Apresentação: 09/03/2022 12:55 - Mesa
PL n.489/2022

atenção à saúde. Diante disso, algumas falhas na legislação tornaram-se perceptíveis.

Uma delas consta da Lei nº 9.656, de 1998, que regula a Saúde Suplementar. Nela, não se dispõe, especificamente, acerca da cobertura de sessões com psicólogo. O assunto é tratado apenas nas normas infralegais da ANS, que fiscaliza o setor. Segundo resolução da Agência, para fazer jus às sessões (em número limitado), os consumidores têm de apresentar determinados quadros de saúde e ser encaminhados por médicos assistentes.

Temos dois objetivos com este Projeto de Lei. Primeiro, queremos que as sessões com psicólogos possam ser realizadas em número ilimitado, assim como as consultas com médicos. O que define o quantitativo de sessões necessárias para o bem-estar do indivíduo é a sua evolução no tratamento, e não a letra fria de uma norma regulamentar. Ademais, almejamos modificar a legislação, para que o encaminhamento do médico não seja necessário para a realização de sessões com o psicólogo. É o paciente que tem de ter autonomia de procurar esse profissional, se perceber a necessidade do seu auxílio.

Diante de todo o exposto, pedimos aos Nobres Colegas que nos apoiem nesta demanda. É preciso modernizar a nossa legislação, para que a visão ampla de saúde passe a reger a sua prestação tanto no âmbito público, como no privado.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado IGOR KANNÁRIO

CD223551731100

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Igor Kannário
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD223551731100

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 866, DE 2022

(Do Sr. Francisco Jr.)

Altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer que o consumidor usuário de plano de saúde não poderá ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes que remuneram diretamente o prestador de serviço.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-7501/2017.

Apresentação: 06/04/2022 16:08 - Mesa
PL n.866/2022

Câmara dos Deputados

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. Francisco Jr.)

Altera a Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer que o consumidor usuário de plano de saúde não poderá ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes que remuneram diretamente o prestador de serviço.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera o art. 18 da Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer que o consumidor usuário de plano de saúde não poderá ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes que remuneram diretamente o prestador de serviço.

Art. 2° A Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações no art. 18:

"Art. 18 .....

I – o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes

CD222036055000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Francisco Jr.
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD222036055000

Apresentação: 06/04/2022 16:08 - Mesa
PL n.866/2022

vinculados a outra operadora ou plano; ou aos clientes que remuneram diretamente o prestador de serviço;

.....

§1° A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previstos nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

§2° O descumprimento do disposto no inciso I importará na aplicação das penalidades previstas no contrato estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço, bem como aplicação das sanções previstas na Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990.” (NR)

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

JUSTIFICATIVA

A Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece em seu artigo 18 que o prestador de serviço ou profissional de saúde, na condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de planos e seguros de saúde não poderá, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, tratar consumidores de operadoras ou planos diferentes de forma distinta ou discriminatória. Contudo, o texto da referida Lei não faz qualquer referência à proibição de diferenciação nos atendimentos de pacientes que

CD222036055000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Francisco Jr.
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD222036055000

Apresentação: 06/04/2022 16:08 - Mesa
PL n.866/2022

remuneram diretamente o prestador de serviço, e de pacientes que são oriundos de planos de saúde.

Apesar de a maioria dos códigos deontológicos das profissões da área da saúde não aceitarem atitudes discriminatórias entre pacientes, sabe-se que, muitas vezes, há diferenciação na atenção prestada por profissionais da Saúde Suplementar a pacientes custeados por planos de saúde e a pacientes particulares. Tal conduta acontece de forma informal como meio de tentar compensar a má remuneração dos planos de saúde. Assim, alguns profissionais adotam a prática de priorizar o agendamento de paciente particulares ou de limitar o tempo de atendimento de pacientes usuários de planos de saúde. Trata-se de conduta antiética, pois a atuação dos profissionais não poderia apresentar qualquer tipo de discriminação em decorrência do tipo de remuneração dos serviços.

Nesse contexto, importante fazer referência ao Código de Ética Médica. Segundo essa norma, a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio. Ademais, veda a discriminação do ser humano sob qualquer pretexto. A capacidade econômica do paciente não pode ser critério para definir o tipo de atendimento que irá receber durante a assistência à sua saúde. Assim, se o profissional considera que determinado plano não remunera adequadamente pelos serviços prestados, esse profissional não deveria acordar em fazer parte do rol de médicos referenciados daquele plano. No caso de o prestador de serviços de saúde não concordar com a remuneração dos planos de saúde, a conduta moral seria a solicitação de seu descredenciamento. Afinal, nenhuma pessoa física ou jurídica está obrigada a permanecer vinculada a um plano de saúde.

Conforme já mencionado, a Lei n° 9.656, de 1998, apresenta uma lacuna em relação à vedação de distinções no atendimento de pacientes oriundos de planos de saúde em relação àqueles que custeiam os serviços de saúde diretamente com recursos próprios. Assim, o objetivo desse projeto de lei é introduzir em norma legal a proibição de tais condutas antiéticas e imorais no âmbito da prestação de serviços na saúde suplementar. Ademais, conforme o texto desta proposição apresentada, aqueles prestadores de serviços que descumprirem tal disposição estariam sujeitos às penalidades previstas no

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Francisco Jr.
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD222036055000
CD222036055000

Apresentação: 06/04/2022 16:08 - Mesa
PL n.866/2022

contrato entre a operadora do plano e o prestador de serviço, bem como às sanções dispostas no âmbito da Lei n° 8.078, de 1990, código que estabelece normas de proteção e defesa do consumidor.

Pelo exposto, estamos seguros de que devido à relevância da iniciativa, essa proposição legislativa haverá de receber o apoio dos nobres parlamentares.

Deputado Francisco Jr.
PSD/GO

Sala das Sessões, de de 2022.

CD222036055000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Francisco Jr.
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD222036055000

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. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos: *("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)*

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o *caput*, a partir de 2 de janeiro de 1999. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o *caput* deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e "e-mail"; e

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e

referência);
X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o *caput*, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O presente código estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, nos termos dos arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, da Constituição Federal e art. 48 de suas Disposições Transitórias.
Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.
Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.258, DE 2022

(Da Sra. Aline Sleutjes)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para vedar a coparticipação em procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-9343/2017.

Apresentação: 16/05/2022 12:40 - MESA
PL n.1258/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Da Sra. ALINE SLEUTJES)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para vedar a coparticipação em procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta parágrafo ao art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a cobrança aos usuários de planos privados de assistência à saúde de coparticipação em procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise.

Art. 2º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, fica acrescido do seguinte parágrafo 2º, renumerando-se o atual parágrafo único:

"Art. 16 .....

.....

§ 1º.....

§ 2º Fica vedada a cobrança aos usuários de planos privados de assistência à saúde de coparticipação em procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

As pessoas que necessitam da realização de diálise peritoneal e hemodiálise geralmente são acometidas por doenças crônicas, que demandam tratamentos prolongados, desse modo, não é razoável que

CD228786822800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Aline Sleutjes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228786822800

Apresentação: 16/05/2022 12:40 - MESA
PL n.1258/2022

usuários de planos de saúde venham a ser cobrados por parte de seu tratamento, por meio do mecanismo da coparticipação.

Inclusive, a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 433, de 2018, listou vários procedimentos que não deveriam ser objeto de coparticipação (incluindo os procedimentos de diálise), contudo foi revogada.

Atualmente, a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar — CONSU nº 08, de 3 de novembro de 1998, permite a coparticipação em geral, com base na Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, não discriminando quaisquer doenças ou procedimentos em particular. Essa resolução veda o estabelecimento de fator moderador que caracterize financiamento integral de procedimentos por parte do beneficiário ou de fator restritor severo ao acesso aos serviços.

O fato é que não existe norma específica relacionada à coparticipação em procedimentos de diálise e os pacientes que dela necessitam estão sujeitos a tal mecanismo.

Desse modo, solicito o apoio dos nobres Pares para aprovar essa proposição na Câmara dos Deputados a fim de oferecer maior tranquilidade aos usuários de planos de saúde que necessitam desse procedimento vital.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputada ALINE SLEUTJES
PROS - PR

CD228786822800

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Aline Sleutjes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228786822800

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)*
§ 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 NORMATIVA - RN Nº 433, DE 27 DE JUNHO DE 2018

(Revogada pela RN nº 434, de 3 de setembro de 2018)

Dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II, VII, XXVIII e XXXII do art. 4º, e o inciso II do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso VIII do art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; e a alínea "a" do inciso II do art. 30 da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada em 25 de junho de 2018, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente Substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN dispõe sobre os Mecanismos Financeiros de Regulação, como fatores moderadores de utilização dos serviços de assistência médica, hospitalar ou odontológica no setor de saúde suplementar; altera a RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil e dá outras providências; revoga o § 2º do art. 1º, os incisos VII e VIII do art. 2º, o art. 3º, a alínea "a" do inciso I e os incisos VI e VII do art. 4º, todos da Resolução do Conselho de saúde Suplementar - CONSU nº 8, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde; e revoga o inciso II e respectivas alíneas do art. 22, da RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 2º São espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação:
I - coparticipação; e II - franquia.
§ 1º A coparticipação é o valor devido à operadora de plano privado de assistência à saúde, em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde pelo beneficiário.
§ 2º A franquia é o valor estabelecido no contrato de plano privado de assistência à saúde, até o qual a operadora de plano privado de assistência à saúde não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada, referenciada ou cooperada.

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES COMUNS ÀS ESPÉCIES DE MECANISMOS FINANCEIROS DE REGULAÇÃO

Seção I
Das Isenções

Art. 3º Os procedimentos e eventos de saúde que integram o Anexo desta norma serão obrigatoriamente isentos da incidência de Mecanismos Financeiros de Regulação.
Parágrafo único. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão prever outros procedimentos ou eventos em saúde que ficarão isentos da cobrança de Mecanismos Financeiros de Regulação, além daqueles elencados no Anexo desta norma.
.....
.....

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR – CONSU N° 8 DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar,
RESOLVE:
Art. 1° O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de planos de saúde de que trata o Inciso I do § 1º do art. 1° da Lei nº 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto no código de ética profissional, na Lei nº 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos. ***(Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)***.
§ 1° - As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica. ***(Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)***.
§ 2° - As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar mecanismos de regulação financeira, assim entendidos, franquia e co-participação, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado. ***(Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)***.
§ 3° - Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor. ***(Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)***.
Art. 2° Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:
I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;
II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;
III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;
IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;
V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou

dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;
VI - negar autorização para realização do procedimento exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora***. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)***.
VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;
VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.
IX – Reembolsar ao consumidor as despesas médicas provenientes do sistema de livre escolha, com valor inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada. ***(Incluído dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999)***.
Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:
I – "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;
II – "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.
Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.359, DE 2022

(Do Sr. Celso Russomanno)

Altera Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a suspensão ou rescisão unilateral do contrato de planos de contratação coletiva.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4201/2012.

Apresentação: 24/05/2022 20:23 - Mesa
PL n.1359/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. CELSO RUSSOMANNO)

Altera Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a suspensão ou rescisão unilateral do contrato de planos de contratação coletiva.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para determinar que a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias de planos coletivos dependa de prévia autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a suspensão ou rescisão unilateral do contrato de planos de contratação coletiva.

Art. 2º O inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 4º .....
>
> .....
>
> XVII – autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, contratados individual ou coletivamente, ouvido o Ministério da Fazenda;
>
> .....(NR)"

Art. 3° O parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

CD229048554900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Celso Russomanno
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229048554900

Apresentação: 24/05/2022 20:23 - Mesa
PL n.1359/2022

"Art.
13. .....

Parágrafo único. Os produtos de que trata o "caput", contratados individual ou coletivamente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

.....(NR)"

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Estamos na iminência de um dos maiores reajustes de planos de saúde das últimas duas décadas. Embora a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não tenha divulgado, oficialmente, o índice a ser aplicado aos planos individuais, especialistas informam que a correção neste ano deve ficar entre 15 e 18%[1].

Nesse contexto, é preciso destacar que, de acordo com a legislação atual, a ANS autoriza o reajuste apenas dos planos individuais. Nos coletivos, que são a maioria dos disponíveis do mercado, o índice de reajuste por variação de custos é objeto de negociação entre as operadoras de planos de saúde e as empresas contratantes. Conta-se, assim, com o poder de barganha das coletividades que, na verdade, é muito pequeno ou até mesmo inexistente, em razão da assimetria de poder econômico, do conhecimento técnico e de informação.

A título de comprovação, salientamos que, na audiência pública de 25 de agosto de 2021, no âmbito da Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 7.419, de 2006, do Senado Federal, e seus apensados, a Senhora Ana Carolina Navarrete, Coordenadora do Programa de Saúde do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), em sua apresentação[2], destacou resultados de pesquisa da instituição que mostraram

1 https://oglobo.globo.com/economia/plano-de-saude-pode-ter-reajuste-de-ate-18-neste-ano-maior-em-duas-decadas-1-25464188

2 https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56a-legislatura/comissao-especial-pl-7419-06-planos-de-saude-1/apresentacoes-em-eventos/ApresentaoAudinciaPblica25.08.pptx

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Celso Russomanno
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229048554900

CD229048554900

Apresentação: 24/05/2022 20:23 - Mesa
PL n.1359/2022

que os reajustes dos planos coletivos pequenos geralmente são mais altos do que os firmados como limite pela ANS aos planos individuais, o que revela o reduzido poder de barganha para negociação.

Diante dessa informação, fica claro que, se a legislação não for modificada, é possível que haja aumentos ainda mais flagrantemente abusivos nos planos de contratação coletiva neste ano. Se o índice calculado para os individuais, cujo valor máximo passa, necessariamente, pela apreciação da ANS, já deve quebrar recordes, aqueles aplicados pelas operadoras, livremente, nos planos de contratação coletiva, poderão inviabilizar a permanência de beneficiários em seus planos.

Outra questão que demanda imediata interferência do Poder Legislativo, por meio de alteração da norma vigente, é a relativa à rescisão de planos coletivos. De acordo com a sistemática vigente, os planos coletivos (empresariais ou por adesão), podem ser rescindidos ou ter sua cobertura suspensa, de maneira imotivada, após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias, e antes dos primeiros doze meses de vigência, se motivada por uma das causas de rescisão previstas no contrato. Isso quer dizer que as operadoras podem rescindir os contratos coletivos de uma hora para a outra e, com isso, deixar os beneficiários sem a devida assistência.

Isso não ocorre com os planos individuais, que, pela legislação atual, só podem ser rescindidos por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Não há lógica que sustente essa diferenciação. Os consumidores de planos, sejam eles de contratação individual ou coletiva, merecem respeito e garantias de que poderão usufruir de produtos com preços justos e sem interrupções ou rupturas contratuais. Por todo o exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em de de 2022.

CD229048554900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Celso Russomanno
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229048554900

Deputado CELSO RUSSOMANNO

Apresentação: 24/05/2022 20:23 - Mesa
PL n.1359/2022

CD229048554900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Celso Russomanno
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD229048554900

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 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....

Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-

financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do

responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

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. 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 qüinquagésimo 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)*
Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. *(Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 1.524, DE 2022

(Da Sra. Rejane Dias)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de maio de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e a Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para vedar qualquer tipo de aumento nos planos de saúde acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1970/2020.

Apresentação: 07/06/2022 17:25 - Mesa
PL n.1524/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Da Sra. REJANE DIAS)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de maio de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e a Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS **para vedar qualquer tipo de aumento nos planos de saúde acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA** e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e a Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para vedar qualquer tipo de aumento nos planos de saúde acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Art. 2º Inclua-se o seguinte art. 2º a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 2º **É vedado às pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, qualquer tipo de aumento nos planos acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.** (NR)"

Art. 3º Acrescente-se o seguinte §3º ao art. 4º, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2.000, que passa a vigorar acrescida da seguinte redação:

CD228462527100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rejane Dias
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228462527100

Apresentação: 07/06/2022 17:25 - Mesa
PL n.1524/2022

Art. 4º .....

§3º **É vedado conceder qualquer tipo de aumento nos planos de assistência a saúde acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA**

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

A adesão aos planos de saúde na sociedade brasileira cresceu em um ritmo frenético. Os planos de assistência privada à saúde passaram a atender milhares de pessoas que mensalmente sacrificam uma parcela da sua renda em benefício de sua saúde.

Segundo a Agência Nacional de Saúde são mais de 47 milhões de pessoas com planos de saúde. O setor movimenta aproximadamente R$ 161 bilhões ao ano.

Recentemente a Agência Nacional de Saúde complementar - ANS aprovou um reajuste de 15,5% para o biênio 2022-2023. Percentual esse acima da inflação oficial de 2021 conforme IPCA que foi de 10,06% a maior em seis anos.

Esse aumento vem em um momento de intensa dificuldade econômica, com aumento de preços de alimentos, serviços e do custo de vida em geral da população. Com o bolso mais vazio, as pessoas se veem em um cenário preocupante de endividamento e, sobretudo, de vulnerabilidade.

Causa espanto um aumento tão acima da inflação, considerando que nos últimos anos os lucros aumentaram com a entrada de consumidores no mercado durante a pandemia.

A situação é ainda mais agravante se considerarmos a situação atual da pandemia da COVID-19, e a sobrecarga no sistema público de saúde que está na linha de frente no enfrentamento ao CORONAVÍRUS.

CD228462527100

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rejane Dias
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228462527100

Apresentação: 07/06/2022 17:25 - Mesa
PL n.1524/2022

O grande problema está que cada operadora aplica o índice sem nenhum controle e fiscalização. Há os planos individuais e os coletivos. A ANS não dispõe de ferramentas para combater os abusos dos planos coletivos e isso inclusive já foi apurado pelo próprio Tribunal de Contas da União. Relatório do TCU 2017 que identificou "deficiências" na fiscalização in loco nas operadoras.

Para contonar os sucessivos aumentos acima da inflação, usuários de planos de saúde tem recorrido a Justiça. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC - 75% dos processos que tratam de reajustes que vão parar na justiça são considerados abusivos.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor em seu art. 39, inciso V constitui como prática abusiva exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva. Além disso, essa é uma obrigação unilateral imposta pelos planos de saúde, que colocam o consumidor em desvantagem exagerada, ou seja incompatíveis com sua fé ou a equidade (art. 51, IV, do CDC).

Com a lamentável aprovação do reajuste de planos de saúde pela ANS, é importante que os consumidores possam se precaver de abusos por parte das operadores. Por esse motivo, apresentamos o presente projeto de lei para impedir qualquer aumento acima do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Dessa forma, solicito o apoio dos demais parlamentares no sentido da aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputada REJANE DIAS

CD228462527100

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rejane Dias
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD228462527100

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;

c) reembolso de despesas;

d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 2º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
Art. 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
.....
.....

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

.....
Art. 4º. Compete à ANS:
I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; *(Inciso com redação dada pela Medida*

Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadores de planos privados de assistência à saúde; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; *(Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;
XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; *(Inciso acrescido pela Medida*

Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
a) conteúdos e modelos assistenciais;
b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*
§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º *(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

CAPÍTULO II
DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.
Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.
.....
.....

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I
DOS DIREITOS DO CONSUMIDOR

.....

CAPÍTULO V
DAS PRÁTICAS COMERCIAIS

.....

Seção IV

Das Práticas Abusivas

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
I - condicionar o fornecimento de produto ou de serviço ao fornecimento de outro produto ou serviço, bem como, sem justa causa, a limites quantitativos;
II - recusar atendimento às demandas dos consumidores, na exata medida de suas disponibilidades de estoque, e, ainda, de conformidade com os usos e costumes;
III - enviar ou entregar ao consumidor, sem solicitação prévia, qualquer produto, ou fornecer qualquer serviço;
IV - prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços;
V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;
VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes;
VII - repassar informação depreciativa, referente a ato praticado pelo consumidor no exercício de seus direitos;
VIII - colocar, no mercado de consumo, qualquer produto ou serviço em desacordo com as normas expedidas pelos órgãos oficiais competentes ou, se normas específicas não existirem, pela Associação Brasileira de Normas Técnicas ou outra entidade credenciada pelo Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Conmetro);
IX - recusar a venda de bens ou a prestação de serviços, diretamente a quem se disponha a adquiri-los mediante pronto pagamento, ressalvados os casos de intermediação regulados em leis especiais; *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
X - elevar sem justa causa o preço de produtos ou serviços. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 8.884, de 11/6/1994)*
XI - *Dispositivo acrescido pela Medida Provisória nº 1.890-67, de 22/10/1999, transformado em inciso XIII, em sua conversão na Lei nº 9.870, de 23/11/1999*
XII - deixar de estipular prazo para o cumprimento de sua obrigação ou deixar a fixação de seu termo inicial a seu exclusivo critério. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.008, de 21/3/1995)*
XIII - aplicar fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. *(Inciso acrescido pela Lei nº 9.870, de 23/11/1999)*
XIV - permitir o ingresso em estabelecimentos comerciais ou de serviços de um número maior de consumidores que o fixado pela autoridade administrativa como máximo. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.425, de 30/3/2017, publicada no DOU de 31/3/2017, em vigor 180 dias após a publicação)*
Parágrafo único. Os serviços prestados e os produtos remetidos ou entregues ao consumidor, na hipótese prevista no inciso III, equiparam-se às amostras grátis, inexistindo obrigação de pagamento.
Art. 40. O fornecedor de serviço será obrigado a entregar ao consumidor orçamento prévio discriminando o valor da mão-de-obra, dos materiais e equipamentos a serem empregados, as condições de pagamento, bem como as datas de início e término dos serviços.
§ 1º Salvo estipulação em contrário, o valor orçado terá validade pelo prazo de dez dias, contado de seu recebimento pelo consumidor.
§ 2º Uma vez aprovado pelo consumidor, o orçamento obriga os contraentes e somente pode ser alterado mediante livre negociação das partes.
§ 3º O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos decorrentes da contratação de serviços de terceiros não previstos no orçamento prévio.
.....
CAPÍTULO VI

DA PROTEÇÃO CONTRATUAL

.....

Seção II
Das Cláusulas Abusivas

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
I - impossibilitem, exonerem ou atenuem a responsabilidade do fornecedor por vícios de qualquer natureza dos produtos e serviços ou impliquem renúncia ou disposição de direitos. Nas relações de consumo entre o fornecedor e o consumidor pessoa jurídica, a indenização poderá ser limitada, em situações justificáveis;
II - subtraiam ao consumidor a opção de reembolso da quantia já paga, nos casos previstos neste código;
III - transfiram responsabilidades a terceiros;
IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a eqüidade;
V - (VETADO);
VI - estabeleçam inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor;
VII - determinem a utilização compulsória de arbitragem;
VIII - imponham representante para concluir ou realizar outro negócio jurídico pelo consumidor;
IX - deixem ao fornecedor a opção de concluir ou não o contrato, embora obrigando o consumidor;
X - permitam ao fornecedor, direta ou indiretamente, variação do preço de maneira unilateral;
XI - autorizem o fornecedor a cancelar o contrato unilateralmente, sem que igual direito seja conferido ao consumidor;
XII - obriguem o consumidor a ressarcir os custos de cobrança de sua obrigação, sem que igual direito lhe seja conferido contra o fornecedor;
XIII - autorizem o fornecedor a modificar unilateralmente o conteúdo ou a qualidade do contrato, após sua celebração;
XIV - infrinjam ou possibilitem a violação de normas ambientais;
XV - estejam em desacordo com o sistema de proteção ao consumidor;
XVI - possibilitem a renúncia do direito de indenização por benfeitorias necessárias.
XVII - condicionem ou limitem de qualquer forma o acesso aos órgãos do Poder Judiciário; *(Inciso acrescido pela Lei nº 14.181, de 1º/7/2021)*
XVIII - estabeleçam prazos de carência em caso de impontualidade das prestações mensais ou impeçam o restabelecimento integral dos direitos do consumidor e de seus meios de pagamento a partir da purgação da mora ou do acordo com os credores; *(Inciso acrescido pela Lei nº 14.181, de 1º/7/2021)*
XIX - *(VETADO na Lei nº 14.181, de 1º/7/2021)*
§ 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:
I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;
II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual;
III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.
§ 2º A nulidade de uma cláusula contratual abusiva não invalida o contrato, exceto quando de sua ausência, apesar dos esforços de integração, decorrer ônus excessivo a qualquer das partes.
§ 3º (VETADO).
§ 4º É facultado a qualquer consumidor ou entidade que o represente requerer ao Ministério

Público que ajuíze a competente ação para ser declarada a nulidade de cláusula contratual que contrarie o disposto neste código ou de qualquer forma não assegure o justo equilíbrio entre direitos e obrigações das partes.
Art. 52. No fornecimento de produtos ou serviços que envolva outorga de crédito ou concessão de financiamento ao consumidor, o fornecedor deverá, entre outros requisitos, informá-lo prévia e adequadamente sobre:
I - preço do produto ou serviço em moeda corrente nacional;
II - montante dos juros de mora e da taxa efetiva anual de juros;
III - acréscimos legalmente previstos;
IV - número e periodicidade das prestações;
V - soma total a pagar, com e sem financiamento.
§ 1º As multas de mora decorrentes do inadimplemento de obrigações no seu termo não poderão ser superiores a dois por cento do valor da prestação. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.298, de 1/8/1996)*
§ 2º É assegurado ao consumidor a liquidação antecipada do débito, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros e demais acréscimos.
§ 3º (VETADO).
.....
.....

PROJETO DE LEI N.º 2.072, DE 2022

(Do Sr. Giovani Feltes)

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, para disciplinar a permanência de acompanhantes de crianças e adolescentes internadas em estabelecimentos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5793/2019.

Apresentação: 15/07/2022 13:20 - Mesa
PL n.2072/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. GIOVANI FELTES)

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, para disciplinar a permanência de acompanhantes de crianças e adolescentes internadas em estabelecimentos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, para disciplinar a permanência de acompanhantes de crianças e adolescentes internadas em estabelecimentos de saúde.

Art. 2° O art. 12 da Lei nº 8.069, de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12 Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, ou pessoa por estes autorizada, nos casos de internação de criança ou adolescente, incluindo em unidades de terapia intensiva, de cuidados intermediários, e unidades neonatais

§ 1º O estabelecimento de saúde deverá providenciar as condições adequadas de permanência do acompanhante, disponibilizando no mínimo uma poltrona.

§ 2º Os acompanhantes serão orientados sobre regras e os protocolos de biossegurança a serem seguidos.

§ 3º Poderá ser exigida a saída do acompanhante:

I - temporariamente, para limpeza do ambiente, higienização do paciente e para realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos de maior complexidade;

II - em caso de riscos à saúde do paciente ou do acompanhante, enquanto perdurar a situação;

LexEdit
CD227646044300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Giovani Feltes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227646044300

Apresentação: 15/07/2022 13:20 - Mesa
PL n.2072/2022

> III – por descumprir de regras de biossegurança, perturbar pacientes ou seus acompanhantes, causar desordem ou qualquer outro comportamento incompatível com a tranquilidade do ambiente. (NR)”

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

JUSTIFICAÇÃO

Esta proposição foi inspirada no projeto "COLO DE LAURINHA" do pelotense Jeferson Bilhalva.

Depois de perder a afilhada de apenas cinco meses, ele entendeu que era preciso fazer algo para amenizar a dor das crianças internadas e dos familiares, e passou a percorrer as unidades hospitalares para sensibilizá-las para que permitissem a permanência por 24 horas de acompanhante nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI.

Assim, a proposição apresentada tem como objetivo principal garantir e ampliar um direito essencial, já constante no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, permitindo a permanência por 24 horas de um dos pais, responsável ou pessoa devidamente autorizada por estes, como acompanhante de pacientes nos casos de internação em Unidades de Terapia Intensiva - UTIs pediátricas e neonatais.

Estudiosos deste tema destacam a relevância da participação de um acompanhante no decurso da hospitalização, especialmente quando se refere a crianças internadas em UTIs Pediátricas e Neonatais, já que a internação nesta faixa etária pode desencadear sentimentos negativos, de medo e insegurança, e a presença de seus cuidadores pode ser um atenuante através da oferta de sentimentos positivos, restabelecendo sua confiança nos profissionais e na cura.

A presença da família ou de alguém por ela autorizado, permite a criação de um laço de comprometimento de todos os envolvidos, paciente, equipe médica e acompanhante, podendo cotidianamente observar sua evolução clínica.

LexEdit
CD227646044300

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Giovani Feltes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227646044300

Apresentação: 15/07/2022 13:20 - Mesa
PL n.2072/2022

Há estudos que avaliaram a compreensão da equipe multidisciplinar quanto à presença da família na UTI, onde foi visto que os profissionais consideram a presença da família e, em especial da mãe, como uma forma de promover e manter a inter-relação criança-família-equipe, tendo como resultados a neutralização dos efeitos negativos oriundos da separação e, assim, alcançando a melhora da adaptação da criança ao hospital e facilitação da aceitação do tratamento.

Contudo, é necessário que o cuidador seja instruído para colaborar com a assistência, sendo orientado sobre os procedimentos de rotina que serão executados na criança, sua conduta no setor e a utilização dos materiais de proteção individual, tornando-o, assim, elemento de segurança durante a estadia da criança na unidade.

Nessa perspectiva, o envolvimento do acompanhante durante o processo de cuidar, voltado para a criança hospitalizada, e a garantia da sua presença no transcorrer de todo período de internação são vistos como progresso em termos de humanização, qualidade da assistência e minimização dos efeitos negativos ocasionados pela hospitalização.

Nesse contexto, apresentamos este Projeto de Lei, com o viés de diminuir conflitos e positivar minimamente procedimentos de acompanhamento nas UTIs, ao que solicitamos o apoio dos Nobres Pares para a aprovação dessa importante medida que garantirá o direito ao acolhimento por parte da família, a diminuição da dor e a garantia de todo o suporte aos internados nas UTIs pediátricas e neonatais.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado GIOVANI FELTES

2022-6180

LexEdit
CD227646044300

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Giovani Feltes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227646044300

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 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LIVRO I
PARTE GERAL

.....

TÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I
DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

.....

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. *(Artigo com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. *("Caput" do artigo com redação dada pela Lei nº 13.010, de 26/6/2014)*

§ 1º As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude. *(Parágrafo único acrescido pela Lei nº 12.010, de 3/8/2009 transformado em § 1º e com redação dada pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*

§ 2º Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.257, de 8/3/2016)*

.....

.....

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 AO PL-394/2011.

Apresentação: 01/08/2022 15:58 - Mesa
PL n.2104/2022

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."

CD227523546400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dagoberto Nogueira
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227523546400

Apresentação: 01/08/2022 15:58 - Mesa
PL n.2104/2022

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[1] 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

CD227523546400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dagoberto Nogueira
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227523546400

Apresentação: 01/08/2022 15:58 - Mesa
PL n.2104/2022

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

CD227523546400

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dagoberto Nogueira
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD227523546400

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 n° 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 n° 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

PROJETO DE LEI N.º 2.503, DE 2022

(Do Sr. Luiz Antônio Corrêa)

Dispõe sobre o direito de idosos, pessoas com demência e com transtorno do espectro autista terem acompanhante quando internados em unidades de saúde, bem como em UTI, SEMI UTI, BOX e enfermarias.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-5793/2019.

Apresentação: 20/09/2022 15:47 - Mesa
PL n.2503/2022

PROJETO DE LEI Nº , DE 2022

(Do Sr. LUIZ ANTÔNIO CORRÊA)

Dispõe sobre o direito de idosos, pessoas com demência e com transtorno do espectro autista terem acompanhante quando internados em unidades de saúde, bem como em UTI, SEMI UTI, BOX e enfermarias.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei reconhece o direito dos idosos, pessoas com demência e com transtorno do espectro autista de ter um acompanhante durante todo o período de internação em unidades de saúde, compreendida como UTI, SEMI UTI, BOX e enfermarias.

Art. 2º Os serviços de saúde ficam obrigados a garantir a presença de um acompanhante, inclusive com o fornecimento das condições necessárias ao adequado acompanhamento, para os idosos, pessoas com demência e com transtorno do espectro autista, durante todo o período da internação.

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

JUSTIFICAÇÃO

O direito à presença de acompanhantes para as pessoas que precisam ser atendidas no sistema de internação, em muitas situações, é imprescindível para a correta proteção do direito à saúde e da dignidade humana. Essa imprescindibilidade ganha contornos mais notórios no caso do atendimento dispensado aos idosos, às pessoas com deficiências e com transtornos do espectro autista.

CD224616719300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luiz Antônio Corrêa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD224616719300

Apresentação: 20/09/2022 15:47 - Mesa
PL n.2503/2022

De fato, a presença do acompanhante torna-se um diferencial na proteção do paciente perante as limitações de graus variados que podem ser observadas em cada caso.

A ideia deste Projeto de Lei é, principalmente, proteger as pessoas com maior vulnerabilidade e com limites à realização de atividades da rotina diária pessoal.

No ambiente hospitalar, a dinâmica dos serviços e a necessidade de a equipe de saúde dar atenção a muitos pacientes podem apresentar riscos aos pacientes com restrições na locomoção e na comunicação e interação com outras pessoas. Entretanto, esses riscos podem ser prontamente afastados pelo olhar atento do acompanhante.

Por isso, considero essencial que o ordenamento jurídico traga uma previsão específica que reconheça o direito dessas pessoas em contar com a presença de um acompanhante de confiança, durante o período indicado de internação, de modo a evitar que os serviços de saúde neguem esse importante direito. Solicito o apoio dos meus pares para a aprovação da presente sugestão.

Sala das Sessões, em de de 2022.

Deputado LUIZ ANTÔNIO CORRÊA

2022-9315

CD224616719300

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luiz Antônio Corrêa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD224616719300

PROJETO DE LEI N.º 2.826, DE 2022

(Do Sr. Cleber Verde)

Altera o Art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3323/2021.

Apresentação: 21/11/2022 17:11:14.653 - Mesa
PL n.2826/2022

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal Cleber Verde – Republicanos/MA

PROJETO DE LEI Nº DE 2022
(Do Sr. Dep. Cleber Verde)

Altera o Art. 12, V, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para dispor sobre o rol de procedimentos e eventos em saúde

Art. 2º A alínea "c" do inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar da seguinte forma:

c) A contar da data de assinatura a cobertura dos casos de urgência e emergência;

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

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

As operadoras de planos de saúde, por oferecerem, mediante remuneração, serviço no mercado de consumo, enquadram-se no conceito de fornecedor, constante do art. 3º, caput, do CDC. De outro lado, as pessoas naturais, destinatárias finais do serviço, são consumidoras, nos termos do art. 2º, caput, do mesmo Código. Nessa linha e de acordo com Súmula n. 608, do Superior Tribunal de Justiça, incide o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

A aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) a determinado suporte fático não afasta incidência e análise simultânea de outros diplomas normativos

CD224791257700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Cleber Verde
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD224791257700

Apresentação: 21/11/2022 17:11:14.653 - Mesa
PL n.2826/2022

(Lei n° 9.656/1998 e resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar) e deve ser compreendida no contexto de diálogo das fontes e não de forma subsidiária.

A limitação da cobertura do atendimento de internação, nos casos de urgência e emergência, às primeiras 12 (doze) horas, não se mostra legitima: ofende claramente à dignidade da pessoa humana, ao colocar em risco à vida e à integridade física do segurado e pôr o art. 51, inciso IV, do CDC, que estipula "as obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

O art. 196 da Constituição Federal - CF assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Por sua vez, o art. 197, da CF, determina que "São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Diante do interesse público que permeia a atividade dos planos de saúde, a liberdade contratual deve ser contextualizada e compreendida no âmbito de diálogo das fontes (Cláudia Lima Marques). Necessário se faz a aplicação simultânea da Lei nº 9.656/98, que regulamenta a prestação de serviços de saúde suplementar, com o princípio da dignidade da pessoa humana, os direitos fundamentais à vida e à saúde, e as normas de proteção ao consumidor.

A conduta do plano de saúde, ao negar a cobertura de internação em situação de emergência médica essencial à manutenção de condições mínimas de saúde do segurado, é abusiva por afrontar a boa-fé objetiva ao frustrar a própria essência do contrato de plano de saúde.

A limitação da cobertura do atendimento de internação, às primeiras 12 (doze) horas, não se mostra legitima: ofende claramente à dignidade da pessoa humana, ao colocar em risco à vida e a integridade física do segurado, e viola o art. 51, inciso IV, do CDC, que estipula "as obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

A Lei 9.656/98 prevê prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura obrigatória de tratamento ou internação em casos de urgência ou emergência (art. 12 e 35-C).

Neste sentido, solicito o apoio dos nobres pares para a aprovação da presente proposta.

Brasília, de novembro de 2022.

_____

Deputado **CLEBER VERDE**

CD224791257700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Cleber Verde
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD224791257700

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

.....

TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II
Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

.....

.....

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)*

.....

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. *("Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. *(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo. *(Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;

II - da Saúde;

III - da Fazenda;

IV - da Justiça; e

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: *("Caput" do artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001 e com nova redação dada pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*

III - de planejamento familiar. *(Inciso acrescido pela Lei nº 11.935, de 11/5/2009)*

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. *(Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-E. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001, e declarado inconstitucional, em controle concentrado, pelo Supremo Tribunal Federal, pela ADIN nº 1.931/1998, publicada no DOU de 14/2/2018)*

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em conseqüência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos

consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Artigo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Renan Calheiros
Pedro Malan
Waldeck Ornélas
José Serra

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

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 706, DE 2023

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Dispõe sobre a cobertura dos planos de saúde no tratamento domiciliar (home care).

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-8900/2017.

Apresentação: 28/02/2023 15:07:14.110 - MESA
PL n.706/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Dispõe sobre a cobertura dos planos de saúde no tratamento domiciliar (*home care*).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Esta Lei acrescenta redação a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, visando dispor da assistência do plano de saúde na cobertura do atendimento domiciliar.

Art. 2º. Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, passa a vigorar acrescido da seguinte redação:

> "Art.11-A. É vedada cláusula que vede de forma absoluta o custeio do serviço de tratamento domiciliar (*home care*).
>
> Paragrafo Único. O paciente tem direito ao atendimento domiciliar com verificação do quadro clínico do paciente, mediante solicitação da família, concordância do paciente e indicação do médico assistente". (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

O Presente projeto de lei visa que havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de tratamento domiciliar (*home care*), devendo o plano arcar com os custo e qualquer cláusula de exclusão pelos planos de saúde revela-se abusiva.

Quando determinado pelo médico, o tratamento domiciliar deve ser custeado pelo plano de saúde, mesmo que não haja previsão contratual. O STJ informa que isso

LexEdit
CD231888434700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD231888434700

Apresentação: 28/02/2023 15:07:14.110 - MESA
PL n.706/2023

inclui a medicação e os produtos listados como de fornecimento obrigatório pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De forma que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) também entende que o plano de saúde é obrigado a cobrir o tratamento prescrito pelo médico em ambiente domiciliar, também chamado de *home care*.

Por ser um tratamento que deve ter vários cuidados, acreditamos que para conseguir o tratamento multiprofissional, em regime domiciliar, é preciso que o médico justifique a necessidade e os benefícios que o *home care* vai trazer para o paciente, através de um relatório detalhado, com laudos e exames.

Cabe à operadora do seguro de saúde ou do plano de saúde fornecer todos os insumos e os equipamentos necessários, que, em regra, são ministrados pelos hospitais, para o restabelecimento ou a manutenção da saúde do paciente.

Pelo exposto, com a certeza de estarmos contribuindo para o tratamento de saúde adequado no Brasil, contamos com o apoio dos nobres Parlamentares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado Federal Juninho do Pneu
UNIÃO/RJ

LexEdit
CD231888434700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD231888434700

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

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 760, DE 2023

(Do Sr. Jonas Donizette)

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura assistencial e da inscrição de recém-nascidos que se encontrem internados ou em tratamento médico indispensável à própria sobrevivência ou incolumidade.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1073/2019.

Apresentação: 01/03/2023 15:31:48.237 - Mesa
PL n.760/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. JONAS DONIZETTE)

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura assistencial e da inscrição de recém-nascidos que se encontrem internados ou em tratamento médico indispensável à própria sobrevivência ou incolumidade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes § 6º e § 7º:

"Art. 12. .....

.....

.

§ 6º A cobertura e a inscrição sem carência a que se referem a alínea 'a' e 'b', respectivamente, do inciso III deste artigo serão garantidas até os primeiros sessenta dias após o parto, se o recém-nascido se encontrar internado ou em tratamento médico indispensável à própria sobrevivência ou incolumidade.

§ 7º A operadora de planos privados de assistência à saúde, nos termos de regulamento, deverá notificar o beneficiário responsável pelo recém-nascido que se encontrar internado ou em tratamento médico indispensável à própria sobrevivência ou incolumidade acerca do prazo máximo de extensão da cobertura assistencial e da inscrição isenta de cumprimento de carência previsto no § 6º deste artigo. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

CD236171743900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236171743900

Apresentação: 01/03/2023 15:31:48.237 - Mesa
PL n.760/2023

Em 2022, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que, apesar de a Lei nº 9.656, de 1998 (Lei de Planos de Saúde), prever a cobertura assistencial ao recém-nascido apenas durante os primeiros trinta dias após o parto, o direito dos beneficiários que estejam internados ou em tratamento deve ser resguardado, ainda que esse prazo seja ultrapassado[1].

No referido acórdão, a Relatora do Colegiado mencionou que

> *(...) se, de um lado, a lei exime a operadora da obrigação de custear o tratamento médico prescrito para o neonato após o 30º dia do parto, se ele não foi inscrito como beneficiário do plano de saúde, impede, de outro lado, que se interrompa o tratamento ainda em curso, assegurando, pois, a cobertura assistencial até a sua alta hospitalar.*

De fato, a linha de raciocínio adotada pela Ministra é totalmente coerente com a Lei e com as decisões do Tribunal. O inciso III do parágrafo único do art. 13 da Lei de Planos de Saúde deixa claro que é vedada, em qualquer hipótese, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual de plano de saúde durante a internação do titular. Em relação aos planos coletivos, o STJ firmou a tese de que, mesmo após rescindir unilateralmente o plano coletivo, a operadora deve garantir a continuidade da assistência a beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a efetiva alta, desde que ele arque integralmente com o valor das mensalidades[2].

Percebe-se, assim, que tanto a Lei quanto a jurisprudência dominante visam a proteger os direitos daqueles que estão internados. Com essa regra, assegura-se que as operadoras não eliminem de suas carteiras beneficiários que, por necessidade de saúde, estejam aumentando os seus custos com a utilização intensiva dos serviços e procedimentos disponíveis.

No entanto, embora a jurisprudência acerca da manutenção da cobertura do recém-nascido internado após trinta dias contados do parto seja extremamente correta e bem fundamentada, trata-se de uma determinação que se aplica apenas a processos judiciais. Para obter essa resposta, é preciso judicializar o assunto. Com isso, aqueles que não acessam a justiça, seja por falta de instrução ou de recurso, não se beneficiam dessa regra. Assim, cremos

1 https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/11052022-Plano-deve-manter-cobertura-de-recem-nascido-internado-apos-30-dias--mesmo-sem-vinculo-contratual-direto.aspx

2 https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1082&cod_tema_final=1082

CD236171743900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236171743900

Apresentação: 01/03/2023 15:31:48.237 - Mesa
PL n.760/2023

que seja imprescindível a alteração da legislação, para que todos os consumidores de planos de saúde se favoreçam disso, sem necessidade de provocação do judiciário.

Em nosso Projeto, estabelecemos um prazo limite de sessenta dias para a fruição da cobertura assistencial e da inscrição isenta de cumprimento de carência, para que também não haja um desequilíbrio na relação entre as operadoras e os consumidores. Esse prazo é o dobro do tempo geral estabelecido na lei para recém-nascidos não internados. Ademais, instituímos a obrigação às operadoras de planos privados de assistência à saúde de notificarem o beneficiário responsável pelo recém-nascido que se encontrar internado quanto a esses prazos, uma vez que, nessas circunstâncias, os pais ou responsáveis podem se encontrar muito dispersos e perder o prazo para fazê-lo.

Há algum tempo atrás, também num contexto relacionado às operadoras de planos de saúde, a Ministra Carmen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal, asseverou que “saúde não é mercadoria; vida não é negócio; dignidade não é lucro”. Evidenciou, portanto, que a proteção ao direito à saúde deve se sobrepor a quaisquer interesses menos nobres. Concordamos com a Ministra e, por isso, em defesa dos milhões de brasileiros que se utilizam da Saúde Suplementar, pedimos apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste PL.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado JONAS DONIZETTE

CD236171743900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236171743900

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

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO - CEDI

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 12	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.075, DE 2023

(Do Sr. Alberto Mourão)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir dentre as fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-3104/2019.

Apresentação: 13/03/2023 11:30:14.493 - MESA
PL n.1075/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. ALBERTO MOURÃO)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir dentre as fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir dentre as fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde os valores ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde em razão de serviços de atendimento à saúde prestados aos seus consumidores.

Art. 2º O art. 32 da Lei nº 8.080, de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.
32 .....

.....

VII - os valores ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde em razão de serviços de atendimento à saúde prestados aos seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

.....

§ 7º O ressarcimento a que se refere o inc. VII deste artigo será efetuado pelas operadoras de planos privados

CD231356223900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alberto Mourão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD231356223900

Apresentação: 13/03/2023 11:30:14.493 - MESA
PL n.1075/2023

de assistência à saúde diretamente aos respectivos fundos municipais, estaduais ou federal de saúde aos quais os prestadores estejam vinculados; em valores que não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.

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

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei tem como objetivo atualizar o art. 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para fazer constar dentre as fontes de financiamento do SUS os valores ressarcidos pelos planos e seguros privados de assistência à saúde em razão de serviços de atendimento à saúde prestados aos seus clientes e dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, previsto na Lei de planos de saúde.

Dentre os motivos que motivaram a criação deste reembolso estava a situação de que muitos planos deixavam para o SUS os procedimentos menos lucrativos ou que necessitassem de elevados investimentos, recebendo o pagamento dos consumidores, sem fornecer toda a infraestrutura de atenção à saúde contratada, sobrecarregando ainda o sistema; por exemplo, em vez de construir e administrar um pronto-socorro onde não havia, deixar os casos de urgências e emergências para hospitais públicos.

Atualmente, todos os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são integralmente revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

Contudo, nada mais justo do que estes valores serem destinados ao fundo de saúde do ente federativo responsável pelo estabelecimento de saúde utilizado pelo plano de saúde, pois são estes serviços que são onerados e sobrecarregados.

CD231356223900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alberto Mourão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD231356223900

Apresentação: 13/03/2023 11:30:14.493 - MESA
PL n.1075/2023

Ademais, a possibilidade de receber estes valores pode ser um incentivo adicional para que os governos locais ampliem a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços de saúde, com evidente benefício à toda população, e ao mesmo tempo atrair os clientes dos planos de saúde.

Em face do exposto, certo da importância deste projeto de lei, peço a meus nobres Pares o apoio para sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado ALBERTO MOURÃO

2023-1714

CD231356223900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alberto Mourão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD231356223900

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO - CEDI

LEGISLAÇÃO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 Art. 32	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19setembro-1990-365093-norma-pl.html

1

PROJETO DE LEI N.º 1.126, DE 2023

(Da Sra. Amália Barros e outros)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados ao implante, ao ajuste ou ao explante de lentes esclerais ou próteses oculares para o olho atrófico, bem como do fornecimento desses produtos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4294/2016.

Apresentação: 14/03/2023 16:24:18.550 - MESA
PL n.1126/2023

CÂMARA DOS DEPUTADOS
DEPUTADA AMÁLIA BARROS - PL - MT

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Da Sra. AMÁLIA BARROS)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados ao implante, ao ajuste ou ao explante de lentes esclerais ou próteses oculares para o olho atrófico, bem como do fornecimento desses produtos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados ao implante, ao ajuste ou ao explante de lentes esclerais ou próteses oculares para o olho atrófico, bem como do fornecimento desses produtos.

Art. 2º O “caput” do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 1º-A:

“Art.
10. .....

.....
.

§ 1º-A. Excetuam-se do disposto nos incisos II e VII do “caput” deste artigo os procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados ao implante, ao ajuste ou ao explante de lentes esclerais ou próteses oculares para o olho atrófico, bem como o fornecimento desses produtos, mediante prescrição de médico assistente.

.....(NR)

CD232750859500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amália Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232750859500

Apresentação: 14/03/2023 16:24:18.550 - MESA
PL n.1126/2023

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 10-E:

> "Art. 10-E. Cabe às operadoras de planos privados de assistência à saúde, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer lentes esclerais ou próteses oculares para o olho atrófico a pacientes, mediante prescrição de médico assistente, bem como custear os procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados ao implante, ao ajuste e ao explante desses produtos."

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) proporcione não só atendimento a centenas de milhões de brasileiras e brasileiros e trabalhe com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, não podemos negar que nele ainda há falhas estruturais que acabam por fazer com que os cidadãos procurem a Saúde Suplementar.

Atualmente, cerca de ¼ (25%) dos habitantes deste País são beneficiários de planos de saúde. Essas pessoas dependem considerável parcela do seu orçamento para terem acesso a serviços e procedimentos de forma diferenciada e mais abrangente. Entretanto, nem sempre alcançam esse objetivo.

Uma situação emblemática que representa grande incoerência no que se refere aos serviços e tratamentos oferecidos pelo SUS e não contemplados pela Saúde Suplementar é a das lentes esclerais. Esses dispositivos, que são próteses oculares, são colocados sobre o olho atrófico e devolvem volume à cavidade orbitária. Eles são pintados para ganharem aspecto natural e são de fácil manuseio e rápida adaptação. Estão disponíveis na Tabela de Procedimento, Medicamento e OPM do SUS (sob o código 07.01.04.002-5 - LENTE ESCLERAL PINTADA), mas não são disponibilizadas pelos planos de saúde.

CD232750859500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amália Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232750859500

Apresentação: 14/03/2023 16:24:18.550 - MESA
PL n.1126/2023

É chocante, mas é uma realidade: o Sistema Único de Saúde, mesmo diante das evidentes dificuldades orçamentárias que enfrenta, fornece essas próteses à população, enquanto as operadoras não têm essa mesma obrigação em relação a seus beneficiários.

As operadoras justificam-se afirmando que, por determinação legal, só são obrigadas a fornecer próteses ligadas ao ato cirúrgico, e que as próteses para fins estéticos não necessitam ser custeadas. Porém, esses argumentos não se sustentam.

No caso de bebês que apresentam acometimentos que demandam o uso de lentes esclerais, por exemplo, se não forem usadas essas próteses a tempo, o desenvolvimento da estrutura do rosto fica prejudicado. E, mesmo no adulto, cuja formação óssea já é completa, os prejuízos à saúde mental enfrentados por uma pessoa que, por diversas razões, necessita da lente e não pode adquiri-la, são incontáveis.

Ademais, a não utilização da prótese ocular, objeto desta iniciativa, pode causar infecções nas pessoas que precisam deste procedimento, o que consequentemente causará custos adicionais às mesmas operadoras dos planos de saúde, com procedimentos paliativos e atendimentos médicos.

Assim sendo, elaborou-se este Projeto de Lei para que, uma vez aprovado, acabe de vez com quaisquer dúvidas de interpretação e garanta ao beneficiário de planos privados de assistência à saúde o direito ao custeio desses produtos. Nosso objetivo é garantir que todos os beneficiários de planos de saúde em vigor no Brasil possam usufruir desta garantia de forma célere e eficaz.

Em face de todo o exposto, e certa da justiça e da necessidade desta Proposição, peço apoio de todos os Nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2023.

CD232750859500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amália Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232750859500

Deputada AMÁLIA BARROS

Apresentação: 14/03/2023 16:24:18.550 - MESA
PL n.1126/2023

CD232750859500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amália Barros
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232750859500

COAUTORES

Dep. ABILIO BRUNINI
Dep. MARCOS PELLON

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMETAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 10	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.424, DE 2023

(Da Sra. Maria Arraes)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para estabelecer limite máximo do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-6714/2013.

Apresentação: 27/03/2023 14:16:30.003 - MESA
PL n.1424/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Da Sra. MARIA ARRAES)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para estabelecer limite máximo do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 4º .....

.....

XVII – autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, contratados individual ou coletivamente, ouvido o Ministério da Fazenda.

.....

§ 5º O índice de reajuste de que trata o inciso XVII do "caput" deste artigo não poderá exceder à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acumulada nos doze meses anteriores ao mês do reajuste, somada ao aumento real do salário mínimo. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

Os reajustes dos planos de saúde podem variar em função de dois fatores: a mudança de faixa etária dos segurados e a variação de custos das operadoras de planos de saúde.

CD232980813500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Maria Arraes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232980813500

Apresentação: 27/03/2023 14:16:30.003 - MESA
PL n.1424/2023

Nos planos individuais e familiares, o reajuste das contraprestações pecuniárias está limitado por um índice máximo aprovado pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Historicamente, a relação entre o índice autorizado pela Agência e o IPCA é muito superior a 1. No ano de 2018, essa diferença chegou a 3,6 vezes. Em 2022, a ANS estabeleceu o índice máximo de 15,5%, o maior aprovado até hoje, de acordo com a série histórica da instituição[1].

Nos planos coletivos, a realidade é ainda pior para o consumidor, uma vez que o índice de reajuste por variação de custos é objeto de livre negociação entre as operadoras de planos de saúde e as empresas contratantes. Acredita-se no poder de barganha das coletividades que, de fato, é muito pequeno, em razão da assimetria de poder econômico, do conhecimento técnico e de informação. Com isso, os reajustes dos planos coletivos pequenos geralmente são mais altos do que os firmados como limite pela ANS aos planos individuais[2].

Em face dessas questões, apresentamos este Projeto de Lei, que tem dupla função: por um lado, determina que a ANS autorize os reajustes e estabeleça índice máximo também para os planos coletivos; por outro lado, determina que o índice de reajuste não exceda à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acumulada nos doze meses anteriores ao mês do reajuste, somada ao aumento real do salário mínimo.

Com isso, esperamos contribuir para a criação de regras mais justas para os consumidores de planos privados de assistência à saúde. Contamos com o apoio dos Nobres Pares para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputada **MARIA ARRAES**
Solidariedade/PE

1 https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-estabelece-teto-para-reajuste-de-planos-de-saude-individuais-e-familiares

2 https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/56alegislatura/comissao-especial-pl-7419-06-planos-de-saude-1/apresentacoes-emeventos/ApresentaoAudinciaPblica25.08.pptx

CD232980813500

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Maria Arraes
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232980813500

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000 Art. 4º	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:200001-28;9961

PROJETO DE LEI N.º 1.443, DE 2023

(Do Sr. Jonas Donizette)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura das técnicas de reprodução humana assistida.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5730/2009.

Apresentação: 27/03/2023 18:21:45.383 - MESA
PL n.1443/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. JONAS DONIZETTE)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura das técnicas de reprodução humana assistida.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura das técnicas de reprodução humana assistida.

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 35-C. .....

.....
.

§
1º .....

§ 2º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do "caput" do art. 35-C necessariamente devem contemplar as técnicas de reprodução humana assistida, nos termos de regulamento." (NR)

Art. 3º Revoga-se o inciso III do "caput" do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

CD232606541000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232606541000

Apresentação: 27/03/2023 18:21:45.383 - MESA
PL n.1443/2023

O art. 35-C[1], III, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998[2], estabelece que é mandatória a cobertura do atendimento na Saúde Suplementar nos casos de planejamento familiar. Já Resolução nº 192, de 2009[3], deixa claro que as ações de planejamento familiar nas dimensões de concepção e anticoncepção devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico.

Os procedimentos relacionados ao planejamento familiar atualmente cobertos pelas operadoras, a depender da segmentação contratada, são[4]: atividade educacional para planejamento familiar (para beneficiário cujo plano contemple a segmentação ambulatorial); consulta de aconselhamento para planejamento familiar (para beneficiário cujo plano contemple a segmentação ambulatorial); sulfato de de hidroepiandrosterona (para beneficiária cujo plano contemple a segmentação ambulatorial ou hospitalar); implante de dispositivo intrauterino com ou sem hormônio (para beneficiária cujo plano contemple a segmentação ambulatorial); cirurgia de esterilização feminina - laqueadura tubária/ laqueadura tubária laparoscópica, com diretriz de utilização (para beneficiária cujo plano contemple a segmentação hospitalar); cirurgia de esterilização masculina/ vasectomia, com diretriz de utilização (para beneficiário cujo plano contemple a segmentação hospitalar).

O art. 10, III, da Lei nº 9.656, de 1998, em contrapartida, determina que não é obrigatoriamente coberto pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde o procedimento de inseminação artificial. Embora a Lei não seja expressa quanto à fertilização, entende-se que, como a inseminação, procedimento muito mais simples e menos custoso, não necessita ser custeado, a fertilização também deve ter cobertura facultativa[5].

1 O art. 35-C foi inserido na Lei nº 9.656, de 1998, por meio da Lei nº 11.935, de 2009. Logo, não constava da redação original da Lei de Planos de Saúde.

2 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

3 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2009/res0192_27_05_2009.html

4 https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/Anexo_I_Rol_2021RN_465.2021_RN473_RN478_RN480_RN513_RN536_RN537_RN538_RN539_RN541_RN542_RN544_546_571.pdf

5 https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/15102021-Em-repetitivo--STJ-decide-que-planos-de-saude-nao-sao-obrigados-a-custear-fertilizacao-in-vitro.aspx

CD232606541000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232606541000

Apresentação: 27/03/2023 18:21:45.383 - MESA
PL n.1443/2023

É importante esclarecer que a inseminação artificial e a fertilização “in vitro” são técnicas de reprodução humana assistida, mas guardam distinção entre si: a primeira consiste num procedimento mais simples, em que se coloca o sêmen diretamente na cavidade uterina; a segunda, mais complexa, feita em laboratório, envolve o desenvolvimento do embrião e sua implantação no útero.

Percebemos, diante disso, que os procedimentos de inseminação artificial e fertilização “in vitro”, atualmente, não são obrigatoriamente ofertados pelas operadoras[6]. Os beneficiários da Saúde Suplementar, portanto, não podem ter acesso a essas tecnologias, por meio dos seus planos. Esse fato, no entanto, representa um contrassenso, uma vez que tais procedimentos têm previsão até mesmo no Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, que é regulada pelo Anexo XXX da Portaria de Consolidação (PRC) nº 2, de 28 de setembro de 2017[7], prevê a realização de fertilização “in vitro” e inseminação artificial na Saúde Pública.

Por todo o exposto, consideramos imprescindível modificar a legislação vigente, para garantir que as beneficiárias de planos, que dispõem de relevante parte do seu orçamento mensal para terem acesso diferenciado a serviços de saúde, possam usufruir das tecnologias avançadas de reprodução assistida, em caso de necessidade. Pedimos, assim, apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado JONAS DONIZETTE

6 https://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&negativo=1&categoriaId=186&resposta=464&historico=558&start=4

7 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html#

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232606541000

CD232606541000

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMETAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 10, 35-C	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.650, DE 2023

(Do Sr. Lucas Redecker)

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para determinar a cobertura de consultas e sessões com psicólogos independentemente de solicitação de médico assistente.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-489/2022.

Apresentação: 05/04/2023 16:49:36.800 - MESA
PL n.1650/2023

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. LUCAS REDECKER)

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para determinar a cobertura de consultas e sessões com psicólogos independentemente de solicitação de médico assistente.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 6º:

"Art. 12 .....

.....

§ 6º A cobertura de consultas e sessões com psicólogos, respeitada a segmentação contratada, independe de solicitação de médico assistente. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

Hoje, pela sistemática da Lei nº 9.656, de 1998, e de seus regulamentos, não apenas as consultas médicas são garantidas em número ilimitado (art. 12, I, a). As consultas e sessões com outros profissionais de saúde, como psicólogos e fisioterapeutas, também se tornaram ilimitadas a partir da edição da Resolução Normativa nº 541, de 2022[i,ii]. No entanto, ainda têm de ser solicitadas pelo médico assistente.

Dessa forma, para a cobertura de consultas ou sessões com psicólogos, é preciso que, previamente, tenha sido diagnosticado por um médico algum evento que as motive. Assim, o paciente se vê obrigado a passar por um médico antes de procurar ajuda do profissional que poderia lhe trazer alívio às dores emocionais.

CD236185910000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Lucas Redecker
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236185910000

Apresentação: 05/04/2023 16:49:36.800 - MESA
PL n.1650/2023

Porém, saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Para alcançá-lo, é fundamental ir além da lógica medicalizante e permitir que os indivíduos busquem livremente respostas às suas necessidades com o profissional mais habilitado a fornecer orientações nos aspectos angustiantes da vida: o psicólogo.

A intenção do Parlamentar é permitir que as sessões ou consultas com psicólogos sejam feitas sem a necessidade de encaminhamento do médico assistente. Assim, este projeto visa a romper essa regra que é produto do modelo ultrapassado de atenção que não tem como foco a integralidade da saúde do indivíduo. Almejamos modificar o sistema para permitir que o beneficiário de planos de saúde que sinta necessidade de apoio psicológico possa obtê-lo sem necessidade de encaminhamento médico.

Com isso, objetivamos reforçar a autonomia do paciente e do psicólogo, bem como valorizar a abordagem integral da saúde dos milhões de brasileiros que são consumidores da Saúde Suplementar. Pedimos, em face do exposto, apoio dos nobres pares para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em 05 de abril de 2023.

Deputado LUCAS REDECKER

CD236185910000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Lucas Redecker
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236185910000

Apresentação: 05/04/2023 16:49:36.800 - MESA
PL n.1650/2023

i https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/periodo-eleitoral/ans-acaba-com-limites-de-cobertura-de-quatro-categorias-profissionais#:~:text=Com%20a%20altera%C3%A7%C3%A3o%20aprovada%20hoje,a%20indica%C3%A7%C3%A3o%20do%20m%C3%A9dico%20assistente.

ii https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rn-n-541-de-11-de-julho-de-2022-414771275

CD236185910000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Lucas Redecker
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236185910000

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 Art. 12	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.042, DE 2023

(Do Sr. Bruno Ganem)

Dispõe sobre o acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante internação hospitalar, bem como o direito de o acompanhante ter acesso à refeição custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-6125/2005.

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Deputado Federal BRUNO GANEM

Apresentação: 19/04/2023 20:22:34.580 - MESA
PL n.2042/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. Bruno Ganem)

Dispõe sobre o acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante internação hospitalar, bem como o direito de o acompanhante ter acesso à refeição custeada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O acompanhamento de paciente, criança ou idoso, durante a internação hospitalar, será permitida e facilitada sua permanência nos hospitais públicos, tendo o acompanhante direito à refeição após oito (08) horas de permanência e direito à acomodação e refeição após doze (12) horas de estada na unidade hospitalar.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde (SUS) custeará os gastos com o acompanhante do paciente, criança ou idoso, durante a internação hospitalar ocorrida em hospitais contratados e conveniados pelo SUS, seguindo critérios, parâmetros e valores do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 3º A alínea "f", inciso II do art. 12 da Lei nº 9.656, de julho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"f) cobertura de despesas de acompanhamento, no caso de pacientes menores de dezoito anos e idosos." (NR)

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Em razão da idade avançada e de enfermidades que os vitimam, é comum que os idosos necessitem do apoio de acompanhantes que os cuidem de maneira paciente e afetiva, já que as condições físicas não lhes permitem enfrentar, sozinhos, problemas de saúde que demandam cuidados hospitalares.

CD236825915900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Bruno Ganem
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236825915900

Apresentação: 19/04/2023 20:22:34.580 - MESA
PL n.2042/2023

Os idosos acometidos por enfermidades podem ficar dependentes de ajuda humanitária e por isso é imperativo que lhes seja dada a oportunidade de serem acompanhados por profissionais, parentes ou amigos. Esse fator fará com que o idoso recupere sua saúde e auto-estima mais rápido, pois, por meio de apoio e afeto humanos, ele se sentirá seguro, confortado e respeitado.

O idoso acompanhado tem melhores chances de recuperação, diminuindo o desenvolvimento de novas moléstias como 'delirium'[1]. Destarte, o 'delirium' é um agravante no aumento da permanência do paciente no hospital; e, dessa forma, onera os cofres públicos e diminui a disponibilidade de leitos. Por isso, a adoção dessa conduta, ao permitir que idosos internados estejam acompanhados nas unidades hospitalares, confere maior celeridade na recuperação do paciente, e, no final, todos sairão ganhando: pacientes, familiares e o próprio Estado.

Outrossim, tal qual ao idoso, a criança também tem a mesma necessidade de amparo por parte de seus parentes e amigos. Portanto, faz-se necessário que a criança tenha a liberdade de ser acompanhada durante sua enfermidade, buscando sempre a rápida recuperação de sua saúde.

Visando efetivar o apoio e o acompanhamento de idosos e de crianças que estão enfermas ou internadas em hospitais, torna-se necessário que o Sistema Único de Saúde (SUS) preveja e execute a cobertura orçamentária e de despesas referentes à alimentação para somente um acompanhante, que pode vir a ser um cidadão de baixa renda sem dinheiro sequer para se alimentar.

Assim, o presente projeto de lei torna legal e obrigatório o reconhecimento à necessidade do acompanhante de criança e de idoso enfermos ter também direito a se alimentar pelo SUS.

Diante do exposto, solicito o apoio dos ilustres deputados na aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em 18 de abril de 2023.

Deputado Bruno Ganem
PODEMOS/SP

(P_125319)

CD236825915900

1 **NOTA:** o quadro clínico de delirium é caracterizado por déficit de atenção, acompanhado de mudanças comportamentais e cognitivas, de curso limitado e originado por causas externas. Podem durar dias ou horas, entretanto, se não for identificado e tratado corretamente pode persistir por semanas ou meses.

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Bruno Ganem
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236825915900

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 Art. 12	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.067, DE 2023

(Do Sr. Marx Beltrão)

Altera o art. 17 de Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-1603/2003.

Apresentação: 20/04/2023 16:06:10.083 - MESA
PL n.2067/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. MARX BELTRÃO)

Altera o art. 17 de Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 17 de Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 5º e 6º:

"Art. 17 .....

.....

§ 5º As operadoras definidas no art. 1º, "caput", II, desta Lei, para a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, têm de respeitar, além dos critérios previstos no "caput" deste artigo, as seguintes orientações:

I - disponibilidade de rede assistencial capaz de garantir a assistência à saúde e sua continuidade, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, considerando a cobertura assistencial contratada;

II - garantia da qualidade da assistência à saúde, com eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade, equidade e segurança do paciente;

III - utilização de informações demográficas e epidemiológicas relativas ao conjunto de beneficiários com quem mantém contrato para o estabelecimento de prioridades de gestão e organização da rede assistencial;

IV - direito à informação, ao público em geral, especialmente aos seus beneficiários, quanto à composição e localização geográfica de sua rede assistencial.

LexEdit
CD235978941900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marx Beltrão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD235978941900

Apresentação: 20/04/2023 16:06:10.083 - MESA
PL n.2067/2023

§ 6º A infração do disposto no § 5º sujeita as operadoras definidas no art. 1º, “caput”, II, desta Lei, às penalidades previstas no art. 25 desta Lei e em seu regulamento. (NR)”

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

JUSTIFICAÇÃO

O art. 17 da Lei nº 9.656, de 1998, alterado, em parte, pela Lei nº 13.003, de 2014, trata da inclusão, da manutenção e da alteração de prestadores de serviços como contratados, referenciados ou credenciados de planos de saúde. Ele estabelece que a inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado 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 trinta dias de antecedência.

No entanto, apesar dessa previsão, ainda são comuns casos de descumprimento do compromisso de manutenção de prestadores e descredenciamento sem a devida substituição. Um exemplo recente foi o que ocorreu com a operadora Smile Saúde, de Maceió, que descredenciou a Clínica Envolver, referência no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), sem a devida substituição por estabelecimento equivalente. Essa medida prejudicou centenas de crianças com TEA, uma vez que a operadora centralizou o atendimento em uma unidade que, segundo denúncia dos pais das crianças afetadas, não tem profissionais especializados e possui estrutura física aquém das expectativas[1].

Diante do exposto, tivemos a ideia de aprimorar o regramento legal vigente e adicionar algumas orientações específicas para a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Essas orientações estão previstas em regulamento Agência Nacional de Saúde Suplementar. Também acrescentamos um dispositivo que faz menção direta à

[1] https://folhadealagoas.com.br/2023/03/23/smile-descredencia-clinicas-especializadas-e-prejudica-criancas-autistas/

LexEdit
CD235978941900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marx Beltrão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD235978941900

Apresentação: 20/04/2023 16:06:10.083 - MESA
PL n.2067/2023

punição daqueles que descumprirem a legislação e, assim, promoverem o descredenciamento de prestadores sem a correta substituição com a devida equivalência.

Os beneficiários de planos privados de assistência à saúde dispõem de relevante parte do seu orçamento para terem acesso ao cuidado diferenciado, tempestivo e eficiente. Não podemos deixar que essas pessoas sejam prejudicadas pelo mau atendimento prestado. Por todo o exposto, pedimos aos nobres pares apoio para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado MARX BELTRÃO
PP/AL

LexEdit
CD235978941900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marx Beltrão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD235978941900

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 Art. 1º, 17, 25	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.936, DE 2023

(Do Sr. Ricardo Silva)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames laboratoriais solicitados por Farmacêuticos para monitorar os resultados da farmacoterapia.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2934/2004.

Apresentação: 05/06/2023 15:57:59.673 - MESA
PL n.2936/2023

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. Ricardo Silva)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames laboratoriais solicitados por Farmacêuticos para monitorar os resultados da farmacoterapia.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir, na cobertura de atendimento ambulatorial, os exames laboratoriais solicitados por farmacêuticos, quando necessários para monitorar os resultados da farmacoterapia.

Art. 2º O inciso I do caput do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea "d":

"Art. 12 .....

I - .....

.....

d) cobertura de exames laboratoriais, solicitados por farmacêuticos, quando necessários para monitorar os resultados da farmacoterapia;

....." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação.

Justificativa

Primeiramente, o presente projeto de lei almeja dar maior efetividade ao acompanhamento farmacoterapêutico, promovido pelo farmacêutico, de forma que possa contribuir com a promoção, proteção e recuperação da saúde, colaborando, ainda, para a prevenção de doenças, tornando a assistência à saúde mais eficaz e célere, indo ao encontro dos direitos fundamentais à vida e saúde, preconizados nos artigos 5º e 196 da Constituição Federal.

O profissional farmacêutico atua na prestação da assistência farmacêutica, que é definida pela Lei nº 13.021/2014 (art. 2º), delimitando-a como "*o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades*

CD239328647800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Ricardo Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD239328647800

Apresentação: 05/06/2023 15:57:59.673 - MESA
PL n.2936/2023

farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional". Posto isso, resta-se evidente que o medicamento tem papel-chave no reestabelecimento da saúde daqueles acometidos por enfermidades.

A mesma norma estabelece que (art. 13, inciso II) "*Obriga-se o farmacêutico, no exercício de suas atividades, a proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada*.

Porém, para possibilitar que o farmacêutico execute uma de suas obrigações previstas em lei, ou seja, realize o acompanhamento farmacoterapêutico, avaliando o uso de medicamentos com o objetivo de alcançar a efetividade do tratamento e a melhora da qualidade de vida do paciente é necessário que o profissional tenha acesso a ferramentas que lhe permitam fazer as avaliações necessárias. E uma dessas ferramentas são os exames laboratoriais, que possibilitam a avaliação dos efeitos do medicamento para determinado paciente, como por exemplo, a solicitação de um exame de colesterol para avaliar o resultado do medicamento utilizado pelo paciente para tratamento de hipercolesterolemia ou exames de glicemia e hemoglobina glicada para avaliar a ação de um medicamento para tratamento de diabetes.

O farmacêutico também colabora com outros profissionais de saúde ao realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, visto que pode contribuir com a otimização da farmacoterapia, que de acordo com a Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (anexo) é o processo pelo qual se obtém os melhores resultados possíveis da farmacoterapia do paciente, considerando suas necessidades individuais, expectativas, condições de saúde, contexto cultural e determinantes de saúde.

No mais, a conceituação acima disposta foi gerada a partir da junção de seis macrocomponentes[1], quais sejam: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos); orientação farmacêutica; dispensação de medicamentos; atendimento farmacêutico; registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados; acompanhamento farmacoterapêutico, e, quanto ao último, novamente, faz-se imprescindível que tais acompanhamentos se deem através da realização de exames laboratoriais, visto a precisão da obtenção de marcadores biológicos responsáveis por sinalizar patologias das mais diversas formas.

O acompanhamento farmacoterapêutico é parte do "Contributo para o Estudo do Impacto Económico do Acompanhamento Farmacoterapêutico"[2], realizado pela Universidade de Coimbra, que se preocupou em estimar os

---

1 [1] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf Acessado em: 16/06/2022

2 CONDINHO, Mónica Sofia Leal - Contributo para o estudo do impacto económico do acompanhamento Farmacoterapêutico. Coimbra

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Ricardo Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD239328647800
CD239328647800

Apresentação: 05/06/2023 15:57:59.673 - MESA
PL n.2936/2023

impactos econômicos, clínicos e na qualidade de vida daqueles pacientes submetidos a referida prática, chegando à conclusão de que este procedimento, que inclui a solicitação, análise e monitoramento dos exames clínicos realizados com vistas a garantir o acompanhamento farmacoterapêutico, é tanto positivo ao enfermo, pois beneficia sua qualidade de vida, como também é economicamente benéfico ao Estado, ao ter o condão de obstar que determinada moléstia se desdobre em algo mais pernicioso e com um potencial de custa maior ao Sistema Único de Saúde, no caso do Brasil, como se vê:

> *"Assim, além do retorno positivo ao nível do estado de saúde do doente e da sua qualidade de vida (o que por si só já se traduz em mais-valia económica fora do contexto da saúde), existe um retorno económico positivo do investimento na prestação deste serviço.*
>
> *Com base nos resultados obtidos no presente trabalho acerca da redução do risco de doença cardiovascular e em alguns dados da literatura estima-se que, só as alterações dos fatores de risco cardiovascular resultantes da intervenção do farmacêutico aqui reportados poderão reduzir os gastos em saúde entre 1300 e 2000 euros por doente por ano. Tendo em conta que o custo específico do serviço farmacêutico prestado é irrelevante neste contexto (cerca de 90 euros por ano e por doente), as mais valias económicas para o sistema de saúde resultantes da intervenção do farmacêutico são evidentes. O retorno do investimento estimado, da ordem de 1:14, significa que, por cada euro que o SNS invista em Acompanhamento Farmacoterapêutico evitará gastar 14 euros com as consequências do não controlo dos parâmetros de saúde intervencionados pelo farmacêutico".*

Deste modo, resta-se cristalino que a solicitação de exames, quando inserida no contexto do acompanhamento farmacoterapêutico, feita por um profissional farmacêutico, é capaz de diminuir gastos com saúde, pois, dificultará que a enfermidade deste segurado se desdobre em uma moléstia mais danosa.

Sendo assim, cabe destacar também o estudo "Resultados da Atenção Farmacêutica no Brasil"[3], realizado pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), cuja conclusão apontou a necessidade de fomentar a instituição de políticas capazes de estimular a atenção

3 Ambiel, Ingrid Stephanie Stein; Mastroianni, Patricia de Carvalho. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 34, n. 4, p. 469-474, 2013.

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Ricardo Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD239328647800
CD239328647800

Apresentação: 05/06/2023 15:57:59.673 - MESA
PL n.2936/2023

farmacêutica, com seu desdobramento no acompanhamento farmacoterapêutico, como vemos:

> *"Os autores dos trabalhos avaliados sugerem que para o avanço da prática da atenção farmacêutica no Brasil não basta apenas a regulamentação legal do exercício profissional, se faz necessário políticas públicas de incentivo ao seu exercício por meio de programas específicos, implantações dos serviços nas unidades de saúde, farmácias e drogarias."*

Vale destacar que o Conselho Federal de Farmácia, por meio de sua Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013, já regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e prevê a possibilidade de este profissional solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia (art. 7º inciso XI).

Contudo tal medida não foi suficiente para que as operadoras de planos de saúde deferissem as solicitações de exames realizados por profissionais farmacêuticos, razão pela qual faz-se necessária uma regulamentação legal, acerca da necessidade de autorização dos exames solicitados por profissionais farmacêuticos legalmente habilitados para tanto, com vistas a garantir que a assistência farmacêutica seja prestada com excelência, assegurando os direitos fundamentais à vida e à saúde estabelecidos pela Lei Maior, bem como garantir de imediato e futuramente o dispêndio no erário em tratamentos que poderiam ter sido evitados.

Sala das Sessões, em de de 2023

Deputado Ricardo Silva

PSD/SP

CD239328647800

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Ricardo Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD239328647800

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 **Art.12**	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.006, DE 2023

(Do Sr. Orlando Silva)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da manutenção de aposentados como beneficiários de planos coletivos.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-7694/2014.

Apresentação: 13/06/2023 10:27:19.157 - MESA
PL n.3006/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. ORLANDO SILVA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da manutenção de aposentados como beneficiários de planos coletivos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 31. .....

.....

§ 4º Os empregados ativos e os inativos serão inseridos em plano de saúde coletivo único, que contenha as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviços, inclusive a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral do produto, que consiste:

I - na cota-parte da empresa mais cota-parte do empregado, nos planos de saúde coletivos na modalidade pré-pago;

II - na média das despesas do plano coletivo dividido pela quantidade de vidas, nos casos de plano na modalidade pós-pago.

§ 5º É vedado o repasse da integralidade das despesas médicas ao aposentado.

§ 6º Qualquer contribuição realizada ao plano de saúde pelo trabalhador, seja mensalidade ou coparticipação, ou ainda o custeio integral voluntário pela empresa, é considerada contribuição ao plano de saúde para os fins do disposto no 'caput'." (NR)

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

CD234708063000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Orlando Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234708063000

Apresentação: 13/06/2023 10:27:19.157 - MESA
PL n.3006/2023

JUSTIFICAÇÃO

Embora o art. 31 da Lei nº 9.656, de 1998, estabeleça que é assegurada a manutenção do aposentado que contribuir para planos de saúde, em decorrência do vínculo empregatício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral das mensalidades, essa norma tem sido reiteradamente desrespeitada na prática.

Com isso, o assunto tornou-se objeto de discussão constante na justiça, o que fez com que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) se posicionasse[1]. Porém, ainda assim as operadoras têm dado interpretações questionáveis ao tema e, com isso, prejudicado os consumidores de planos que deveriam se beneficiar dessa disposição legal.

Diante desse cenário, idealizamos este Projeto de Lei. Com ele, temos a intenção de inserir no ordenamento tanto o posicionamento do STJ, quanto o de Tribunais que decidiram questões supervenientes sobre o tema. Na nossa proposta, sugerimos o acréscimo de três novos parágrafos ao "caput" do art. 31.

O §4º estabelece que os empregados ativos e os inativos serão inseridos em plano de saúde coletivo único, que contenha as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviços, inclusive a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral do produto, que consiste na cota-parte da empresa mais cota-parte do empregado, nos planos de saúde coletivos na modalidade pré-pago, ou na média das despesas do plano coletivo dividido pela quantidade de vidas, nos casos de plano na modalidade pós-pago. Já no §5º evidenciamos que é vedado o repasse da integralidade das despesas médicas ao aposentado. Por fim, no § 6º, deixamos claro que a contribuição realizada ao plano de saúde pelo trabalhador, seja mensalidade ou coparticipação, ou ainda o custeio integral voluntário pela empresa, é considerada contribuição ao plano de saúde

1 https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1034&cod_tema_final=1034

CD234708806300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Orlando Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234708806300

Apresentação: 13/06/2023 10:27:19.157 - MESA
PL n.3006/2023

Com essa nova redação, esperamos assegurar aos empregados aposentados circunstâncias justas de manutenção no plano de saúde, respeitando-se o espírito inicial da Lei, que era garantir-lhes as condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho. Por todo o exposto, pedimos apoio aos Nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado ORLANDO SILVA

CD234708063000

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Orlando Silva
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234708063000

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 **Art. 31**	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-0603;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.009, DE 2023

(Do Sr. Beto Richa)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" para assegurar a suspensão temporária do plano ou seguro privado de assistência à saúde por iniciativa do consumidor.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-9253/2017.

Apresentação: 13/06/2023 11:29:41.150 - MESA
PL n.3009/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. BETO RICHA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde" para assegurar a suspensão temporária do plano ou seguro privado de assistência à saúde por iniciativa do consumidor.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para assegurar a suspensão temporária do plano ou seguro privado de assistência à saúde por iniciativa do consumidor.

Art. 2º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único para § 1º:

"Art. 13. .....

§ 1º .....

.....

§ 2º Fica assegurado ao consumidor adimplente o direito de suspender o contrato de que trata o caput, uma vez, a cada período de vinte e quatro meses, pelo prazo de até cento e oitenta dias, mantendo a possibilidade de restabelecimento, sem carências ou quaisquer outros ônus, das condições originalmente contratadas, na forma do regulamento." (NR)

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

CD236381737200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Beto Richa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236381737200

Apresentação: 13/06/2023 11:29:41.150 - MESA
PL n.3009/2023

JUSTIFICAÇÃO

O direito à saúde, uma das faces elementares da dignidade da pessoa humana, constitui um direito fundamental do cidadão. Diante da lamentável precariedade de nosso sistema público de saúde, a essencialidade dos planos e seguros de saúde privados ganha cada vez mais evidência em nossa sociedade.

Essa essencialidade dos planos de saúde empresta características próprias aos contratos do segmento de saúde suplementar, restringindo a liberdade contratual em benefício da elevada significação social desses pactos jurídicos. São contratos privados, é verdade, mas revestidos de inequívoco interesse público, razão pela qual são disciplinados por legislação específica e submetidos à regulação setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essa disciplina estabelece uma nova camada de direitos aos consumidores e de deveres às operadoras, que se soma àquela já preconizada pelo Código de Defesa do Consumidor.

A vigente regulamentação disciplina as hipóteses de suspensão do contrato individual, somente admitindo a interrupção ou a rescisão por iniciativa da operadora em casos de fraude ou inadimplemento e, ainda assim, desde que não haja internação em curso. Não há, contudo, previsão de pausa temporária do contrato por decisão do consumidor. De acordo com as regras vigentes, o consumidor dispõe apenas de duas alternativas: pagar o plano e ter a cobertura contratada ou rescindir o plano.

Ocorre que há diversas situações no cotidiano dos consumidores nas quais seria conveniente ter a possibilidade de suspender temporariamente o plano de saúde. Dificuldades financeiras. Uma mudança de emprego, ou mesmo o desemprego. Uma viagem longa para região não coberta pelo plano. Esses são exemplos de situações que justificariam um intervalo no pagamento das mensalidades com a correspondente interrupção da utilização da assistência à saúde.

Guardadas as devidas distinções, lembramos que essas pausas nos contratos já são admitidas em outros serviços essenciais, como de telecomunicações, água e energia elétrica. Nesse sentido, apresentamos este

CD236381737200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Beto Richa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236381737200

Apresentação: 13/06/2023 11:29:41.150 - MESA
PL n.3009/2023

projeto de lei, que altera a lei dos planos de saúde para assegurar ao consumidor o direito de suspender temporariamente a eficácia do contrato, preservando, porém, as condições inicialmente contratadas quando expirado o intervalo na vigência. Os detalhes operacionais serão definidos na regulamentação.

Para reduzir os impactos dessas interrupções de pagamento no fluxo financeiro das operadoras, determinamos, no projeto, que a suspensão somente poderá se estender até cento oitenta dias e que essa prerrogativa poderá ser utilizada apenas uma vez a cada período de vinte e quatro meses.

Contamos com o apoio dos nobres Pares para a necessária discussão, eventual adequação e rápida aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em 13 de junho de 2023.

Deputado BETO RICHA

CD236381737200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Beto Richa
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD236381737200

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 13	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-0603;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.134, DE 2023

(Do Sr. Luciano Vieira)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde dos atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência prestados a beneficiários, e para obrigar a disponibilização de serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-3104/2019.

CAMARA DOS DEPUTADOS
DEPUTADO FEDERAL LUCIANO VIEIRA

Apresentação: 19/06/2023 11:57:21.760 - MESA
PL n.3134/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. LUCIANO VIEIRA)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde dos atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência prestados a beneficiários, e para obrigar a disponibilização de serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde dos atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência prestados a beneficiários, e para obrigar a disponibilização de serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores.

Art. 2º O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte art. 32:

"Art. 32. .....

.....

§ 10. Os atendimentos pré-hospitalares móveis de urgência prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde a beneficiários de planos privados de assistência à saúde serão identificados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e ressarcidos pelas respectivas operadoras, independentemente de previsão contratual desse tipo de atendimento e da segmentação contratada." (NR)

CD233112228700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luciano Vieira
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233112228700

Apresentação: 19/06/2023 11:57:21.760 - MESA
PL n.3134/2023

Art. 3º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com o acréscimo do seguinte §2°, renumerando-se o atual parágrafo único como §1º:

> "Art. 35-C. .....
>
> .....
>
> § 1º.....
>
> § 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata o art. 1º desta Lei de médio e grande porte deverão disponibilizar serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores" (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor no prazo de cento e oitenta dias contados a partir da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Atualmente, os pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência são encaminhados para os hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Isso ocorre, porque os profissionais que prestam os primeiros socorros entram em contato com a Central de Regulação de Urgências, que analisa as disponibilidades dos estabelecimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde e informa qual hospital tem as melhores condições de recebê-los.

Pela regra infralegal atual, as operadoras de planos são obrigadas a remover os beneficiários que possuam planos privados de assistência à saúde com segmentação hospitalar e que já tenham cumprido o período de carência, assim que são cientificadas de que os pacientes estão em hospitais públicos (Resolução Normativa nº 490, de 2022[1]). Dessa maneira, de acordo com o regramento vigente, os pacientes que são beneficiários de planos atendidos pelo SAMU são estabilizados e, quando possível, são encaminhados a hospitais privados, às expensas das operadoras.

1 https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE1MA==

CD233112228700
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luciano Vieira
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233112228700

Apresentação: 19/06/2023 11:57:21.760 - MESA
PL n.3134/2023

No entanto, esse atendimento pré-hospitalar prestado pelos serviços de transporte públicos, que é registrado por Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), não é ressarcido pelas operadoras – ao contrário dos procedimentos registrados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Assim, o SUS fica no prejuízo.

Esse fato nos estimulou a apresentar este Projeto, em que também tratamos de um direito do beneficiário de plano de saúde no atendimento de urgência. Sugerimos que as operadoras de médio e grande porte disponibilizem serviço de pronto-atendimento em telemedicina em caráter ininterrupto a seus consumidores.

Com essas duas medidas, buscamos trazer mais justiça ao setor de Saúde Suplementar e garantir mais recursos para o Sistema Único de Saúde. Pedimos apoio para a aprovação desta Proposição.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado LUCIANO VIEIRA

CD233112228700

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Luciano Vieira
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233112228700

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 **Art.32, 35-C**	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.256, DE 2023

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Proíbe a exigência de autorização antecipada dos planos de saúde nos procedimentos e exames médicos.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-373/2022.

Apresentação: 26/06/2023 15:27:20.173 - MESA
PL n.3256/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Proíbe a exigência de autorização antecipada dos planos de saúde nos procedimentos e exames médicos.

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1º: Fica proibida a exigência de autorização antecipada dos procedimentos médicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos pelos planos de saúde, nos casos em que a urgência e a necessidade imediata do tratamento estejam devidamente comprovadas.

Artigo 2º: Os planos de saúde deverão assegurar o acesso imediato aos procedimentos essenciais para a manutenção da saúde e o diagnóstico adequado dos beneficiários, sem a necessidade de autorização prévia.

Artigo 3º: Caso o plano de saúde julgue necessário a realização de uma análise posterior do procedimento realizado, será permitido requerer a documentação necessária para avaliação e prestação de contas, porém isso não poderá interferir no acesso imediato do beneficiário aos cuidados de saúde necessários.

Artigo 4º: Os planos de saúde serão responsáveis por divulgar amplamente os direitos dos beneficiários em relação ao acesso aos procedimentos médicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, incluindo a proibição da autorização antecipada, por meio de material informativo, seus sites, aplicativos e canais de atendimento.

Artigo 5º: Em casos excepcionais e previamente definidos, nos quais a autorização antecipada seja necessária por razões técnicas ou de segurança do paciente, o plano de saúde deverá justificar por escrito os motivos da exigência, e a solicitação deverá ser analisada e respondida em prazo não superior a 48 horas.

LexEdit
CD234088761900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234088761900

Apresentação: 26/06/2023 15:27:20.173 - MESA
PL n.3256/2023

Artigo 6º: Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificativa

A exigência de autorização antecipada por parte dos planos de saúde tem gerado inúmeros problemas e obstáculos no acesso aos cuidados de saúde necessários pelos beneficiários. Muitas vezes, a demora na autorização prejudica o tratamento, podendo resultar em agravamento do estado de saúde do paciente e até mesmo em óbito.

Portanto, é essencial proibir essa prática, assegurando o direito fundamental à saúde de todos os cidadãos, garantindo o acesso imediato aos procedimentos necessários para a manutenção da vida e a promoção do bem-estar.

Pelo exposto, com a certeza de estarmos contribuindo para melhorias na saúde do Brasil, contamos com o apoio dos nobres Parlamentares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado Federal Juninho do Pneu
UNIÃO/RJ

LexEdit
CD234088761900

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234088761900

PROJETO DE LEI N.º 3.657, DE 2023

(Do Sr. Marx Beltrão)

Altera o art. 13º, os parágrafos 2º, 3º e 4º da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, para permitir que as operadoras ofereçam aos usuários suspensão por até 6 (seis) meses dos contratos individuais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º com isenção de carência em caso de seu restabelecimento.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-9253/2017.

Apresentação: 01/08/2023 12:44:38.360 - MESA
PL n.3657/2023

PROJETO DE LEI Nº 2023

(do Sr. Marx Beltrão**)**

Altera o art. 13º, os parágrafos 2º, 3º e 4º da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, para permitir que as operadoras ofereçam aos usuários suspensão por até 6 (seis) meses dos contratos individuais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º com isenção de carência em caso de seu restabelecimento.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para permitir que as operadoras privadas de assistência à saúde ofereçam aos usuários suspensão dos contratos individuais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º e isenção de carência em caso de seu restabelecimento.

Art. 2° A Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 passa a vigorar com a seguinte alteração:

Art. 13.....

§ 1º.....

§ 2º As operadoras poderão oferecer planos individuais com direito a suspensão por até o período de 6 (seis) meses do contrato e isenção de carência na hipótese de seu restabelecimento, mediante oferta de mensalidade diferenciada.

§ 3º É vedada a cobrança retroativa de eventuais reajustes realizados durante a suspensão.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

LexEdit
CD234001704200

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marx Beltrão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234001704200

Apresentação: 01/08/2023 12:44:38.360 - MESA
PL n.3657/2023

J U S T I F I C A T I V A

A saúde pública do país está em crise. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria prestar atendimento integral, tempestivo e eficiente a todos os brasileiros, não é capaz de fazê-lo a contento.

No contexto de dificuldades relacionadas à saúde pública, passa a ganhar importância o setor complementar, que permite o acesso de milhões de brasileiros a tratamento de saúde sem precisar recorrer ao SUS.

Embora o setor tenha ganhado destaque, a legislação regulamentadora ainda apresenta distorções que deixam os usuários em situação vulnerável.

De acordo com a Lei vigente, não existe possibilidade de suspensão do contrato de planos de saúde. Se o usuário quiser reingressar no plano, depois de ter ficado um período fora, terá de fazer um novo contrato e cumprir novos períodos de carência. Ou seja: todas as contribuições pagas anteriormente não valerão de nada.

Além disso, importa considerar que a maioria da população está sujeita à instabilidade da economia do país, podendo, por exemplo, perder o emprego. Neste sentido, muitos brasileiros podem ficar períodos sem ter condição de pagar as mensalidades, tendo que cancelar o plano de saúde. Diante desta realidade é justo que, restabelecida a capacidade financeira, seja possível retornar ao plano de saúde sem ter que arcar com novoperíodo de carência.

Em razão do exposto e em nome dos usuários dos Planos de Saúde no País peço apoio aos nobres pares para a aprovação desta matéria.

Brasília, de de 2023.

Deputado **Marx Beltrão**
(PP/AL)

LexEdit
CD234001704200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marx Beltrão
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234001704200

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 13	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.733, DE 2023

(Da Sra. Laura Carneiro)

Estabelece o direito do cônjuge sobrevivente de assumir a titularidade de plano de saúde coletivo por adesão.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5069/2016.

Apresentação: 03/08/2023 17:55:38.917 - Mesa
PL n.3733/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Da Sra. Deputada Federal LAURA CARNEIRO)

Estabelece o direito do cônjuge sobrevivente de assumir a titularidade de plano de saúde coletivo por adesão.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei prevê o direito do cônjuge sobrevivente de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de plano coletivo por adesão em caso de morte do beneficiário titular.

Art. 2º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida de um art. 31-A, com a seguinte redação:

“Art. 31-A. Nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados sob o regime de que trata a alínea ‘c’ do inciso VII do art. 16 desta Lei, em caso de morte do titular, é assegurado ao cônjuge sobrevivente o direito de assumir a titularidade do plano de saúde por tempo indeterminado, desde que assuma o seu pagamento integral.”

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

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei busca proteger os cônjuges sobreviventes, muitas vezes pessoas idosas, bem como os dependentes de pessoas falecidas da rescisão unilateral de contratos de planos de saúde. Trata-se, aqui, especificamente, do caso dos planos coletivos por adesão, em que há inquestionável disparidade de forças entre o pequeno grupo de beneficiários, de um lado, e a operadora, de outro.

CD233582412600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Laura Carneiro
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233582412600

Apresentação: 03/08/2023 17:55:38.917 - Mesa
PL n.3733/2023

Tem sido comum que, diante do falecimento do titular do plano, a operadora simplesmente desfaça unilateralmente seu vínculo com o cônjuge sobrevivente e os dependentes, privando-os das coberturas a que fariam jus. Essa postura destoa do espírito da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que reconhece o desequilíbrio de forças entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

Se, nos planos coletivos puros, a hipossuficiência dos consumidores é supostamente compensada por sua representação por uma grande empresa nas negociações com a operadora, o mesmo não acontece nos coletivos por adesão. Neste caso, grupos pequenos, muitas vezes formados apenas para possibilitar a contratação de planos de saúde a preços razoáveis, não têm condição de negociar cláusulas contratuais com gigantes do setor de saúde suplementar. Nesse cenário, a lei deve zelar para que um mínimo equilíbrio de forças seja preservado.

Vale ressaltar que, mesmo no caso dos planos coletivos, a legislação sobre saúde suplementar já prevê, hoje, o direito de o consumidor titular manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial, quando tenha seu vínculo empregatício rescindido. Também assegura o direito de permanência aos seus dependentes por prazo determinado. No caso dos aposentados, àqueles que tenham contribuído para planos de saúde em decorrência de vínculo empregatício por prazo mínimo de dez anos é garantido o direito de manutenção como beneficiário também nas mesmas condições de cobertura assistencial.

O que este projeto faz é apenas esclarecer que, nos planos coletivos por adesão, o cônjuge sobrevivente que assuma o pagamento integral das suas contribuições, terá direito a manter a relação contratual com a operadora, nas mesmas condições de cobertura assistencial, por prazo indeterminado.

Sala das Sessões, em 03 de agosto de 2023.

CD233582412600

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Laura Carneiro
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233582412600

Apresentação: 03/08/2023 17:55:38.917 - Mesa
PL n.3733/2023



Deputada LAURA CARNEIRO

2023-10531

CD233582412600

Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Laura Carneiro
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233582412600

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 16, 31-A	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.935, DE 2023

(Do Sr. Mauricio Marcon)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para modificar a regra de ressarcimento pelos serviços de atendimento à saúde prestados aos consumidores de planos privados de assistência à saúde em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-9940/2018.

Apresentação: 16/08/2023 10:16:47.167 - MESA
PL n.3935/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. MAURICIO MARCON)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para modificar a regra de ressarcimento pelos serviços de atendimento à saúde prestados aos consumidores de planos privados de assistência à saúde em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. .....

§ 1º O ressarcimento a que se refere o "caput" será efetuado pelas operadoras com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, e, após o recolhimento dos valores pela ANS, estes serão remetidos ao fundo de saúde do ente federativo a que esteja vinculado o estabelecimento de saúde responsável pela prestação do serviço.

§ 1º-A Havendo interesse do Poder Público e das operadoras devedoras, estas poderão, mediante a realização de convênios, converter seus débitos, total ou parcialmente, em prestação de serviços de saúde destinados aos usuários do SUS, nos termos de regulamento.

....." (NR)

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

LexEdit
CD234709698200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Mauricio Marcon
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234709698200

Apresentação: 16/08/2023 10:16:47.167 - MESA
PL n.3935/2023

JUSTIFICAÇÃO

O Projeto de Lei que ora apresento à consideração dos ilustres Pares tem por escopo modificar a regra de ressarcimento pelos serviços de atendimento à saúde prestados aos consumidores de planos privados de assistência à saúde em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

Conforme o art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998[1], serão ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com normas a serem definidas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), os serviços de atendimento previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

Essa norma foi regulamentada pela Resolução Normativa nº 358, de 2014[2], que determina que os valores recolhidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a título de ressarcimento ao SUS serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde.

Entretanto, entendemos que essa sistemática de ressarcimento não contempla as necessidades dos entes que prestam serviços de saúde, que não são recompensados diretamente pelos atendimentos e procedimentos realizados. Quando os recursos retornam para o Fundo Nacional de Saúde, são distribuídos para o custeio de diversas ações e serviços de saúde, que podem ocorrer em qualquer lugar do País – e não necessariamente no ente que prestou o serviço ao beneficiário.

Para corrigirmos essa situação, sugerimos as modificações constantes deste Projeto. Na nossa nova redação, determinamos que os

[1] https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

[2] https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2014/res0358_27_11_2014.html

LexEdit
CD234709698200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Mauricio Marcon
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234709698200

Apresentação: 16/08/2023 10:16:47.167 - MESA
PL n.3935/2023

valores do ressarcimento, após recolhidos pela ANS, sejam remetidos ao fundo de saúde do ente federativo a que esteja vinculado o estabelecimento de saúde responsável pela prestação do serviço.

Ademais, evidenciamos que o processo de cobrança continuará sendo feito pela ANS, uma vez que, dessa forma, aproveita-se a expertise dessa autarquia, que já desenvolveu um complexo processo para o bom exercício dessa competência. Porém, deixamos claro que os recursos têm de se destinar ao ente prestador – e não ao Fundo Nacional de Saúde.

Também estabelecemos que, havendo interesse do Poder Público e das operadoras devedoras, estas poderão, mediante a realização de convênios, converter seus débitos, total ou parcialmente, em prestação de serviços de saúde destinados aos usuários do SUS. Com isso, criamos mais uma possibilidade para o pagamento das dívidas das operadoras e evitamos a inadimplência. De acordo com relatório retirado do sítio eletrônico da ANS, que foi atualizado em junho de 2021[3], 20% dos valores referentes a atendimentos cobrados em Guia de Recolhimento da União estão vencidos e não pagos, e 11% estão com cobrança suspensa por decisão judicial.

Diante do exposto, solicitamos aos eminentes Pares o necessário apoio para aprovação deste Projeto de Lei, certos de que bem poderão compreender a sua importância.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado Federal MAURICIO MARCON

[3] https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus.

LexEdit
CD234709698200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Mauricio Marcon
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234709698200

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 32	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-0603;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.991, DE 2023

(Do Sr. Rogério Correia)

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para determinar a cobertura de consultas e sessões com profissionais de saúde com profissões regulamentadas, independentemente de solicitação de médico assistente.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1650/2023.

Apresentação: 17/08/2023 18:02:12.030 - MESA
PL n.3991/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. ROGÉRIO CORREIA)

Altera o art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para determinar a cobertura de consultas e sessões com profissionais de saúde com profissões regulamentadas, independentemente de solicitação de médico assistente.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 6º:

"Art. 12 .....

I - .....

.....

d) cobertura de consultas e sessões com profissionais de saúde com profissões regulamentadas, independentemente de solicitação de médico assistente;

.....(NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

A partir da edição da Resolução Normativa nº 541, de 2022[1,2], consultas e sessões com profissionais de saúde não médicos, como psicólogos e fonoaudiólogos, tornaram-se ilimitadas. Embora a mudança tenha sido positiva, não foi completa. Ainda impera um grave problema que dificulta o

[1] https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/periodo-eleitoral/ans-acaba-com-limites-de-cobertura-de-quatro-categorias-profissionais#:~:text=Com%20a%20altera%C3%A7%C3%A3o%20aprovada%20hoje,a%20indica%C3%A7%C3%A3o%20do%20m%C3%A9dico%20assistente.

[2] https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rn-n-541-de-11-de-julho-de-2022-414771275

LexEdit
CD234833408000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rogério Correia
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234833408000

Apresentação: 17/08/2023 18:02:12.030 - MESA
PL n.3991/2023

acesso dos pacientes a terapias não médicas, pois, para que possam ter seus custos cobertos pelas operadoras, é preciso que, previamente, algum evento que as justifique tenha sido diagnosticado por um médico, que solicita o tratamento.

Dessa forma, o paciente, necessariamente, tem de procurar um médico, mesmo sabendo que algum outro profissional especializado poderia resolver, de forma direta e sem intermediários, algum problema de saúde. Nesse contexto, é importante mencionar que é comum que os beneficiários de planos interrompam seus tratamentos com fisioterapeutas, por exemplo, simplesmente porque não conseguem remarcar consulta com o médico que solicitou as sessões, para que ele elabore novo pedido. Com isso, os resultados para a sua saúde ficam comprometidos.

A nossa intenção é modificar a Lei nº 9.656, de 1998, para garantir a cobertura de consultas e sessões com profissionais de saúde não médicos, sem a necessidade de solicitação prévia de um médico assistente. Buscamos alterar o sistema, para permitir que o beneficiário de planos de saúde que sinta necessidade de apoio de outros profissionais possa obtê-lo sem necessidade de encaminhamento médico. O que propomos é um modelo de atenção integral à saúde do indivíduo, que se descole da lógica medicalizante.

Com a aprovação deste PL, proporcionaremos maior acesso a serviços de saúde oferecidos por profissionais não médicos. Acreditamos que essa medida pode resultar em melhorias na qualidade de vida dos pacientes e possibilitar a realização de tratamentos oportunos e adequados para suas condições de saúde.

Almejamos, portanto, reforçar a autonomia do paciente e dos profissionais de saúde e valorizar a abordagem integral da saúde dos beneficiários de planos. É por isso que pedimos o apoio de todos os Representantes do Povo para a aprovação desta PL.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado ROGÉRIO CORREIA

LexEdit
CD234833408000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rogério Correia
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234833408000

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 12	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-0603;9656

PROJETO DE LEI N.º 4.341, DE 2023

(Do Sr. Jonas Donizette)

Altera o art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a proibição de cobrança da coparticipação em forma de percentual nas hipóteses que especifica.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-9343/2017.

Apresentação: 05/09/2023 18:50:00.467 - MESA
PL n.4341/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. JONAS DONIZETTE)

Altera o art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a proibição de cobrança da coparticipação em forma de percentual nas hipóteses que especifica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 16. .....

.....

.

§
1º .....

§ 2º A coparticipação de que trata o inciso VIII deste artigo não poderá ser cobrada em forma de percentual nas hipóteses de:

I - internação domiciliar (home care) em substituição à internação hospitalar;

II – cobertura de medicamentos prescritos pelo médico assistente durante a internação domiciliar de que trata o inciso I." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com informações constantes do sítio institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[1], a franquia e a coparticipação são amplamente usadas pelo mercado de planos de saúde. Cerca de 50% dos

1 http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4407-coparticipacao-e-franquia

CD238807063400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD238807063400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

Apresentação: 05/09/2023 18:50:00.467 - MESA
PL n.4341/2023

beneficiários possuem contrato com pelo menos um desses mecanismos de regulação.

Atualmente, o art. 16, VIII, da Lei nº 9.656, de 1998[2], determina que, para que a operadora possa cobrar coparticipação e franquia, esses mecanismos deverão constar, expressamente, dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros de saúde.

Esse tema é tratado na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) n° 8, de 1998[3]. Importante lembrar que a ANS elaborou a Resolução Normativa (RN) nº 433, de 2018[4], para atualizar a regulação sobre o tema e estabelecer limites e parâmetros para aplicação da franquia e da coparticipação. No entanto, após muitas discussões, essa RN foi revogada com efeitos retroativos, de forma que a norma que está vigente hoje ainda é a Resolução do CONSU n° 8, de 1998, que determina que é vedado estabelecer, em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Nesse contexto, é importante lembrar que a Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) reforçou essa regra ao entender que é ilegal a cláusula de plano de saúde que preveja a cobrança de coparticipação, em forma de percentual, na hipótese de internação domiciliar (home care) substituta da internação hospitalar não relacionada à saúde mental[5].

Por todo o exposto, optamos por utilizar esta ideia originária da jurisprudência, e elaboramos este PL, que será debatido nas Casas do legislativo federal e, uma vez aprovado, trará garantias aos beneficiários de planos que têm sido cobrados, injustamente, por suas operadoras, sem que eles tenham de recorrer ao Poder Judiciário para assegurar o cumprimento do seu direito.

2 http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-publicacaooriginal-1-pl.html

3 http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzA3

4 http://www.imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/27571385/do1-2018-06-28-resolucao-normativa-rn-n-433-de-27-de-junho-de-2018-27571335

5 https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/31032022-E-ilegal-a-cobranca-de-percentual-de-coparticipacao-em-home-care--decide-Terceira-Turma.aspx#:~:text=%E2%80%8BA%20Terceira%20Turma%20do,n%C3%A3o%20relacionada%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20mental.

CD238807063400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD238807063400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

Apresentação: 05/09/2023 18:50:00.467 - MESA
PL n.4341/2023

Pedimos, assim, apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste PL.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado JONAS DONIZETTE

CD238807063400

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD238807063400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 Art. 16	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-0603;9656

PROJETO DE LEI N.º 4.691, DE 2023

(Do Sr. Jorge Goetten)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir reajustes anuais de mensalidades em razão da variação de custos para beneficiários com 80 anos ou mais de idade.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4410/2019.

Apresentação: 27/09/2023 11:50:17.550 - MESA
PL n.4691/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. JORGE GOETTEN)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para proibir reajustes anuais de mensalidades em razão da variação de custos para beneficiários com 80 anos ou mais de idade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 15-A:

> "Art. 15-A É vedado o reajuste anual, em razão da variação de custos, das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei, independentemente da modalidade de contratação, para beneficiários com 80 anos ou mais de idade".

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos 120 (cento de vinte) dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O setor de saúde suplementar atende mais de 40 milhões de brasileiros e brasileiras, que contratam planos de saúde para garantirem atendimentos, exames, procedimentos ou internações na rede privada.

O sistema, regulado pela Lei nº 9.656, de 1998, possui diversas regras para manter o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Uma das normas existentes é a de reajustes, que acabam aumentando significativamente as mensalidades para a população idosa. Os reajustes por mudança de faixa etária são proibidos após os sessenta anos, mas são permitidos aqueles anuais, por variação dos custos.

CD233994742200
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233994742200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jorge Goetten

Apresentação: 27/09/2023 11:50:17.550 - MESA
PL n.4691/2023

O acúmulo de reajustes ano após ano, com percentuais que geralmente são bem superiores à inflação do mesmo período, levam a um comprometimento cada vez maior da renda das pessoas idosas. Essa situação chega a ficar praticamente insustentável se o beneficiário vive por muitos anos.

Para piorar a situação, é nessa faixa etária que os custos de vida tendem a aumentar, por ser mais frequente a necessidade de aquisição de diversos medicamentos, ou até mesmo a contratação de cuidadores.

Diante deste cenário, propomos, por meio deste Projeto de Lei, o congelamento das mensalidades para os beneficiários que tiveram completado 80 (oitenta) anos de vida.

Entendemos que seria uma medida justa para esses brasileiros, cuja maioria contribui para os planos por décadas, e sofrem com a dificuldade de pagar mensalidades nessa fase da vida. Ademais, teria baixo impacto para as operadoras, já que um percentual pequeno de seus clientes se encontra nesta faixa etária.

Pelo exposto, pedimos o apoio dos colegas parlamentares para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado JORGE GOETTEN

CD233994742200

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD233994742200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jorge Goetten

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 **Art. 1º, 15-A**	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 4.732, DE 2023

(Da Sra. Clarissa Tércio)

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para dispor sobre o contato dos bebês internados em unidades neonatais com seus pais ou responsável.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5793/2019.

Apresentação: 27/09/2023 21:00:25.737 - Mesa
PL n.4732/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Da Sra. CLARISSA TÉRCIO)

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para dispor sobre o contato dos bebês internados em unidades neonatais com seus pais ou responsável.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte alteração:

> "Art. 12 Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições e garantir a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, assim como possibilitar, diariamente, o contato do casal com seus filhos, nos casos de internação de criança ou adolescente.
>
> Parágrafo único. Cabe aos profissionais de saúde das unidades neonatais:
>
> I - estimular o contato precoce entre os bebês e seus pais ou responsável desde a primeira ida à unidade neonatal;
>
> II - fortalecer o papel dos pais ou responsável como promotores do bem-estar dos bebês durante a permanência no hospital;
>
> III - valorizar a capacidade dos pais ou responsável de cuidar dos bebês, fornecendo orientações claras sobre como podem desempenhar papel ativo nas unidades neonatais;
>
> IV - encorajar o aleitamento materno e sua importância, ainda que não seja no modelo convencional de amamentação. (NR)"

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

LexEdit
CD235397873500

Para verificar a assinatura, acesse https://www.camara.leg.br/autenticadoc-validacao/ e insira o código 235397873500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clarissa Tércio

Apresentação: 27/09/2023 21:00:25.737 - Mesa
PL n.4732/2023

JUSTIFICAÇÃO

A presença dos pais ou responsável em tempo integral nas unidades neonatais já é uma garantia expressa prevista no art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, mas digna de ser aperfeiçoada. Com este Projeto de Lei, queremos ir além e hastear a bandeira da “Separação Zero”.

Para tanto, propusemos medidas com o objetivo de estimular o contato precoce entre bebês internados em unidades neonatais e seus pais ou responsáveis, o que é crucial para o estabelecimento de vínculos afetivos saudáveis, já que esses primeiros momentos são preciosos para a formação de uma conexão emocional entre os cuidadores e as crianças. Estudos mostram que a interação precoce pode influenciar positivamente o desenvolvimento cerebral e emocional dos neonatos.

Também sugerimos que os profissionais de saúde das unidades neonatais forneçam orientações claras aos pais ou responsáveis sobre como podem desempenhar um papel ativo nas unidades neonatais. Essa providência empodera os cuidadores, o que faz com que se sintam mais confiantes e envolvidos nos cuidados com seus bebês, como também reforça a humanização dos serviços de saúde.

Ainda recomendamos estímulo ao aleitamento materno, ainda que não seja na forma convencional de amamentação. Essa iniciativa não só funciona como um estímulo à alimentação saudável, como contribui para o fortalecimento do sistema imunológico dos recém-nascidos.

Nesse contexto, não podemos deixar de ressaltar que este Projeto está alinhado com o princípio da humanização da assistência à saúde representa um avanço significativo para a promoção do bem-estar e desenvolvimento saudável das crianças. Por isso, solicitamos o apoio dos colegas parlamentares para que essa nobre iniciativa seja transformada em Lei e, assim, possamos garantir um futuro mais acolhedor e saudável para nossos neonatos e suas famílias.

LexEdit
CD235397873500

Para verificar a assinatura, acesse http://www.camara.leg.br/autenticardoc/ e utilize o código 235397873500.
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clarissa Tércio

Apresentação: 27/09/2023 21:00:25.737 - Mesa
PL n.4732/2023

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputada CLARISSA TÉRCIO

LexEdit
CD235397873500

Para verificar a assinatura, acesse https://www.camara.leg.br/autenticadoc-validacao/ e informe o código 235397873500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clarissa Tércio

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 Art. 12	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990-0713;8069

PROJETO DE LEI N.º 5.554, DE 2023

(Do Sr. Zé Haroldo Cathedral)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos cirúrgicos reparadores em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2066/2011.

Apresentação: 20/11/2023 12:51:15.623 - MESA
PL n.5554/2023

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , de 2023.

(Do Sr. Zé Haroldo Cathedral)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos cirúrgicos reparadores em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta lei altera o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para estabelecer a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos cirúrgicos reparadores em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.

Art. 2º O art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte §1º-A:

> “Art. 10. .....
>
> .....
>
> §1°-A Não estão incluídos no inciso II deste artigo os procedimentos cirúrgicos reparadores em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica; e quando houver dúvida quanto ao caráter reparador da intervenção, a operadora de plano de saúde pode constituir junta médica para decidir a divergência, desde que arque com os honorários desses profissionais, e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo usuário no caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente;
>
> .....” (NR)

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

LexEdit
CD234060938800

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234060938800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Zé Haroldo Cathedral

Apresentação: 20/11/2023 12:51:15.623 - MESA
PL n.5554/2023

JUSTIFICATIVA

De acordo com pesquisa realizada em 186 países[1], o número de indvíduos obesos no mundo sextuplicou nas últimas quatro décadas. Estima-se que em 2025, no mundo, 21% das mulheres e 18% dos homens serão obesos. Trata-se de problema de saúde pública que demanda atenção multiprofissional àqueles que sofrem com o ganho excessivo de peso. Esse agravo se relaciona com diversos fatores como a natureza sedentária da vida moderna; a hereditariedade; bem como com a ampla oferta de alimentos ultraprocessados com alta densidade energética, baixa qualidade nutricional, elevada quantidade de açúcar, gordura, sódio, além de diversos aditivos químicos.

Os pacientes com obesidade mórbida possuem maior probabilidade de apresentar doenças cardíacas, diabetes, alterações hormonais, além de maior risco de morte. O tratamento da obesidade pode abranger condutas clínicas e cirúrgicas. Em geral, a bariátrica é indicada quando o tratamento clínico não foi bem sucedido e o paciente apresenta IMC (índice de massa corporal) maior que 40 kg/m2, ou IMC maior que 35 kg/m2 associado a doenças que aumentam o risco de vida como diabetes e pressão alta[2].

Posteriormente à cirurgia bariátrica, devido ao excesso de pele, são necessárias cirurgias reparadoras. Dessa forma, evita-se outras complicações de saúde como infecções bacterianas devido às escoriações por atrito, hérnias, candidíase de repetição, odor fétido, entre outras consequências. Todavia, no âmbito da Saúde Suplementar, muitas operadoras têm negado a cobertura, por considerarem que essas intervenções são procedimentos estéticos e não essenciais à saúde do paciente. Nesse contexto, muitos usuários recorrem ao Poder Judiciário para obrigar o plano de saúde a cobrir seu tratamento.

Ressalta-se que, recentemente, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) ao analisar o Tema 1.069[3] dos recursos repetitivos, fixou duas teses

[1] https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/182863/169707
[2] https://cbcd.org.br/biblioteca-para-o-publico/cirurgia-bariatrica-como-funciona-e-quais-as-possiveis-consequencias/
[3] https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=1069&cod_tema_final=1069&_gl=1%2a161kjtr%2a_ga%2aMTU2MzYxNzg0OS4xNjQ2MzQ5MDAy%2a_ga_F31N0L6Z6D%2aMTY5NTI0OTUzOC4zODMuMS4xNjk1MjQ5NTU2LjQyLjAuMA..

LexEdit
CD234060938800
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234060938800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Zé Haroldo Cathedral

Apresentação: 20/11/2023 12:51:15.623 - MESA
PL n.5554/2023

sobre a obrigatoriedade de cobertura das cirurgias reparadoras em pacientes bariátricos. Na primeira tese, considerou-se que é de cobertura obrigatória pelos planos a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente após a cirurgia bariátrica, pois refere-se a parte do tratamento da obesidade mórbida. A segunda tese aduz que, no caso de dúvidas quanto ao caráter da cirurgia, se estética ou reparadora, a operadora do plano pode utilizar do procedimento de junta médica para dirimir a divergência, desde que arque com os honorários desses profissionais, e sem prejuízo do direito de ação pelo beneficiário.

Ademais, impende ressaltar que o §10 do art. 10 da Lei n° 9.656, de 1998, dispõe que "*as tecnologias avaliadas e recomendadas positivamente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), instituída pela Lei n° 12.401, de 28 de abril de 2011, cuja decisão de incorporação ao SUS já tenha sido publicada, serão incluídas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar no prazo de até 60 (sessenta) dias*". No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), já são realizadas cirurgias reparadoras em pacientes que foram submetidos à bariátrica, contudo, ainda não houve atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse contexto, com o escopo de reduzir o número de ajuizamento de ações que pleiteiam a cobertura de cirurgias reparadoras aos pacientes bariátricos, e sobretudo para garantir o direito à saúde a esses indivíduos, apresento essa proposição legislativa. Assim, diante do exposto, constatada a relevância da proposta que pretende assegurar atenção integral e legitimar o acesso à saúde, contamos com o apoio dos nobres pares desta Casa para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 17 de novembro de 2023.

Deputado ZÉ HAROLDO CATHEDRAL
PSD/RR

LexEdit
CD234060938800

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD234060938800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Zé Haroldo Cathedral

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998 **Art. 10**	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 5.766, DE 2023

(Do Sr. Jonas Donizette)

Acrescenta o art. 117-A à Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para dispor sobre a proibição de discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5113/2016.

Apresentação: 29/11/2023 10:05:20.703 - MESA
PL n.5766/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. JONAS DONIZETTE)

Acrescenta o art. 117-A à Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para dispor sobre a proibição de discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acrescenta o art. 117-A à Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para dispor sobre a proibição de discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

Art. 2º A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), passa a vigorar acrescido do seguinte art. 117-A:

> "Art. 117-A. A garantia constitucional do ato jurídico perfeito não elide a incidência do disposto no art. 15, § 3º, desta Lei – a vedar a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade –, quando o ingresso em faixa etária diferenciada for posterior à sua vigência, ainda que se trate de contratos de plano de saúde anteriormente firmados; não prevalecendo, dessa forma, qualquer convenção que o contrarie, ainda que anterior à sua vigência

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

JUSTIFICAÇÃO

CD232531915500
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232531915500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

Apresentação: 29/11/2023 10:05:20.703 - MESA
PL n.5766/2023

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) disciplina a proteção integral às pessoas idosas, assegurando-lhes todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental. Nessa seara, atribui ao Estado, à família e à sociedade a efetivação, com absoluta prioridade, do direito à saúde e à dignidade.

Como corolário desses direitos, o Estatuto declara que a atenção integral da pessoa idosa por intermédio do Sistema Único de Saúde será feita mediante o acesso universal e igualitário, de modo a prevenir, promover, proteger e recuperar sua saúde, incluída a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas.

No caso de prestação de serviços de saúde por entes privados, o Estatuto proíbe a discriminação no valor das prestações de planos de saúde por motivo de idade. A disposição conta do § 3º do art. 15, que determina com clareza cristalina o seguinte:

> *Art. 15. (...)*
> *(...)*
> *§ 3º É vedada a discriminação da pessoa idosa nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.*

Essa regra consta da redação originária do Estatuto e tem vigência desde o dia 1º de janeiro de 2004. Contudo, há recalcitrância por parte de operadoras de planos de saúde em admitir sua aplicação aos contratos celebrados previamente à entrada em vigor da lei. Em síntese, argumentam que esses contratos, que estabelecem aumento progressivo das contraprestações conforme a idade superior a 60 (sessenta) anos, estariam protegidos pela garantia fundamental do ato jurídico perfeito, constante do inciso XXXVI do art. 5º da Constituição da República.

A matéria encontra-se pendente de julgamento no Supremo Tribunal Federal, que, nos autos do Recurso Extraordinário nº 630.852/RS, conta com cinco votos no sentido de se aplicar a regra que proíbe a discriminação nos planos de saúde aos contratos firmados anteriormente à sua vigência. A redação proposta pela Relatora, Min. Rosa Weber, é a seguinte:

CD232531915500
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232531915500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

Apresentação: 29/11/2023 10:05:20.703 - MESA
PL n.5766/2023

> *A garantia constitucional do ato jurídico perfeito não elide a incidência da Lei 10.741/2003 - a vedar a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade -, quando o ingresso em faixa etária diferenciada for posterior à vigência do denominado Estatuto do Idoso (1º.1.2004), ainda que se trate de contratos de plano de saúde anteriormente firmados.*

Cuida-se, em nosso entendimento, de norma de ordem pública, que não pode ser sobreposta pela vontade das partes, mormente quando há manifesto desequilíbrio econômico e técnico entre elas, como é o caso de consumidores e planos de saúde. Nesse caso, sequer há prejuízo ao ato jurídico perfeito, pois o que se pretende assegurar é que os efeitos do contrato se dobrem às normas de ordem pública da lei, ou seja, é caso de aplicação imediata da lei.

Ainda que assim não se entendesse, é preciso ter em mente que, se o ato jurídico perfeito seja uma garantia fundamental, é inegável que o direito à saúde, à dignidade e à não discriminação também o são, razão pela qual os efeitos dos contratos celebrados antes da vigência do Estatuto devem se conformar às normas de ordem pública que concretizam princípios de natureza constitucional.

Por fim, é importante ressaltar, que em que pese a decisão pendente do Supremo Tribunal Federal , essa proposta tem também como objetivo desafogar o judiciário que recebe diariamente inúmeros processos com o escopo de esse projeto, e dessa forma trazer mais segurança jurídica ao nosso ordenamento jurídico.

Ante o exposto, rogo o indispensável apoio dos ilustres pares para a aprovação deste projeto de lei, que submeto à apreciação desta Câmara dos Deputados.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado JONAS DONIZETTE

CD232531915500

2023-13475

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232531915500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:200310-01;10741

PROJETO DE LEI N.º 6.046, DE 2023

(Do Sr. Vicentinho)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para estabelecer limite máximo do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde de beneficiários aposentados.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2949/2015.

Apresentação: 14/12/2023 18:19:48.980 - MESA
PL n.6046/2023

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. VICENTINHO)

Altera a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar, para estabelecer limite máximo do reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde de beneficiários aposentados.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 4º .....

.....

XVII – autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, contratados individual ou coletivamente, ouvido o Ministério da Fazenda.

.....

§ 5º O índice de reajuste de que trata o inciso XVII do "caput" deste artigo, no caso de beneficiários aposentados, não poderá exceder à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acumulada nos doze meses anteriores ao mês do reajuste. (NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

LexEdit
CD232076711000

Câmara dos Deputados - Anexo III – Gabinete 684 – CEP: 70160-900
Fone: (61) 3215-5684/3215-3684 – Brasília / DF - e-mail: dep.vicentinho@camara.leg.br

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232076711000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Vicentinho

Apresentação: 14/12/2023 18:19:48.980 - MESA
PL n.6046/2023

Sabemos que é necessário assegurar a sustentabilidade financeira e a equidade no acesso aos serviços de saúde para os beneficiários aposentados. Ao longo dos anos, têm-se observado reajustes excessivos nas mensalidades dos planos de saúde, que impactam de forma desproporcional aqueles cuja vulnerabilidade se acentua ao longo do tempo.

Este Projeto de Lei visa a garantir a proteção dos beneficiários aposentados, por meio do estabelecimento de um parâmetro claro para os reajustes, que passa a ser vinculado à variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Essa medida fundamenta-se na necessidade de proteger o poder aquisitivo dos aposentados e garantir que os reajustes sejam justos, transparentes e alinhados com a realidade econômica do país. Ao vincular os reajustes a um índice amplamente reconhecido, o Projeto busca proporcionar uma referência objetiva e preservar a estabilidade econômica dos beneficiários aposentados.

Com isso, fortalece o compromisso com a equidade e assegura que o acesso aos serviços de saúde não se torne uma fonte adicional de preocupação financeira para os beneficiários aposentados. Assim, reafirma o papel do Estado na promoção do bem-estar e na garantia dos direitos fundamentais. Pedimos, portanto, apoio dos Nobres Pares para a aprovação desta Proposição.

Sala das Sessões, em de de 2023.

Deputado VICENTINHO

LexEdit
CD232076711000

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD232076711000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Vicentinho

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000	https://normas.leg.br/?urn=urn%3Alex%3Abr%3Afederal%3Alei%3A2000-01-28%3B9961

PROJETO DE LEI N.º 426, DE 2024

(Do Sr. Alex Manente e outros)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para prever que a Agência Nacional de Saúde Suplementar será responsável por estabelecer anualmente o índice máximo para o reajuste dos planos de saúde coletivos.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1359/2022.

Apresentação: 26/02/2024 17:16:14.377 - Mesa
PL n.426/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024
(Do Sr. Alex Manente)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para prever que a Agência Nacional de Saúde Suplementar será responsável por estabelecer anualmente o índice máximo para o reajuste dos planos de saúde coletivos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Artigo 35-A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) será responsável por estabelecer, anualmente, o índice máximo de reajuste dos planos de saúde coletivos, levando em consideração índices econômicos, inflacionários, custos médicos e hospitalares, bem como outros fatores relevantes para garantir a sustentabilidade do setor e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

§ 1° O teto de reajuste anual dos planos de saúde coletivos será definido pela ANS após consulta pública e análise técnica fundamentada, considerando as peculiaridades e especificidades do mercado de planos de saúde coletivos, bem como os impactos econômicos e sociais decorrentes de eventual aumento nos custos dos planos e garantindo transparência e participação dos interessados no processo decisório."

"Artigo 35-B: Os planos de saúde coletivos somente poderão aplicar reajustes anuais em conformidade com o índice estabelecido pela ANS, respeitando os limites determinados e assegurando a manutenção da qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde prestados aos beneficiários."

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

CD245382478200
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD245382478200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alex Manente

Apresentação: 26/02/2024 17:16:14.377 - Mesa
PL n.426/2024

JUSTIFICAÇÃO

Este Projeto de Lei visa proteger os interesses dos usuários de planos de saúde coletivos, corrigindo a falta de regulamentação específica para o reajuste desses planos que muitas vezes apresentam aumentos abusivos e prejudiciais aos consumidores. Hoje, a Legislação dos Planos de Saúde só prevê limites aos reajustes de planos individuais. Os contratos coletivos também são regulados pela ANS, mas não há regras para a correção dos valores fixados pela agência. Os planos de saúde coletivos são baseados na livre negociação entre as partes contratantes, sendo responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apenas monitorar os índices adotados, e não estabelecer um índice como teto.

Os consumidores, constantemente, acabam por desistir da saúde suplementar por conta de reajustes nos seus planos de saúde que apresentam índices ilimitados, levando a valores exorbitantes. A preocupação não é para menos. No ano passado, os planos coletivos tiveram alta de até 25%. Já os planos individuais, que têm os reajustes regulados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), subiram 9,63%. Para este ano, os aumentos devem ser semelhantes aos do ano passado. Os planos coletivos, que representam cerca de 70% do setor, devem chegar a um reajuste médio de 25%.

A Lei dos Planos de Saúde completou 25 anos recentemente, e há consenso no mercado que é urgente a sua atualização. A regulação dos planos coletivos é o principal pleito das entidades de defesa do consumidor. Se faz imperativo que possamos garantir que os reajustes anuais sejam estabelecidos de forma transparente, justa e equilibrada, contribuindo para a estabilidade e sustentabilidade do setor de saúde suplementar no Brasil.

Os planos de saúde coletivos são parte integrante do sistema de saúde suplementar no Brasil e representam uma parte significativa do mercado, atendendo a milhões de beneficiários em todo o país. Portanto, devem estar sujeitos às regulações que visam proteger os interesses dos

CD245382478200
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD245382478200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alex Manente

Apresentação: 26/02/2024 17:16:14.377 - Mesa
PL n.426/2024

consumidores, garantindo-lhes acesso a serviços de saúde de qualidade a preços justos e acessíveis.

Assim, se faz necessário que a ANS tenha a prerrogativa de estabelecer um teto máximo para os reajustes anuais dos planos de saúde coletivos, assegurando que tais aumentos sejam justos, transparentes e baseados em critérios técnicos e econômicos sólidos.

Sala das Sessões, em de fevereiro de 2024.

Deputado Alex Manente
Cidadania/SP

CD245382478200

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD245382478200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Alex Manente

COAUTORES

Any Ortiz - CIDADANIA/RS
Amom Mandel - CIDADANIA/AM

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 524, DE 2024

(Da Sra. Renata Abreu)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de tratamentos ou procedimentos complementares não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar e de sessões e consultas, em número ilimitado, de profissionais não médicos.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2328/2011.

Apresentação: 29/02/2024 15:38:54.710 - MESA
PL n.524/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Da Sra. RENATA ABREU)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de tratamentos ou procedimentos complementares não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar e de sessões e consultas, em número ilimitado, de profissionais não médicos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de tratamentos ou procedimentos complementares não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar e de sessões e consultas, em número ilimitado, de profissionais não médicos.

Art. 2º O "caput" do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 14:

"Art. 10. ……

……

§ 14 O disposto no § 13 acerca de tratamentos ou procedimentos não previstos no Rol de que trata o § 12 estende-se a procedimentos complementares como equoterapia, hidroterapia e outros métodos de tratamento alternativos respaldados por evidências científicas, desde que a solicitação seja devidamente acompanhada de plano terapêutico individualizado, do qual conste prognóstico de evolução, elaborado a partir da experiência do médico ou odontólogo assistente, levando-se em conta os valores e as preferências do paciente, restando valorizada não apenas a boa técnica de saúde, mas também a autonomia do paciente ou de seu responsável. (NR)"

LexEdit
CD249891997000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD249891997000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Renata Abreu

Apresentação: 29/02/2024 15:38:54.710 - MESA
PL n.524/2024

Art. 3º O inciso I do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido da seguinte alínea “d”:

> “Art. 12. ……
>
> I - ……..
>
> ……
>
> d) cobertura de sessões e consultas, em número ilimitado, com nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros obstétricos e obstetrizes, bem como outros profissionais de saúde não médicos que promovam a reeducação e a reabilitação física, respeitados os limites de atuação traçados pela legislação vigente e pelos respectivos Conselhos Profissionais, mediante solicitação do médico assistente.
>
> ……(NR)”

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A edição da Lei nº 9.656, de 1998, e suas alterações, foi uma conquista para os beneficiários que, antes de sua vigência, ficavam à mercê das decisões arbitrárias das operadoras de planos privados de assistência à saúde. No entanto, ainda há muito o que melhorar na legislação referente à saúde suplementar. É por isso que apresentamos este Projeto, que tem o objetivo de ampliar a obrigatoriedade de custeio tanto de procedimentos não previstos no Rol, como também de consultas e sessões com profissionais não médicos.

Acreditamos que a inclusão de tratamentos ou procedimentos complementares não previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, como equoterapia, hidroterapia e outros métodos alternativos respaldados por evidências científicas, tem o potencial de ampliar as opções terapêuticas disponíveis aos beneficiários dos planos de saúde.

No entanto, sabemos que é preciso fixar critérios para esse tipo de cobertura. É por isso que evidenciamos que é preciso que a solicitação do profissional assistente seja devidamente acompanhada de plano terapêutico

LexEdit
CD249891997000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD249891997000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Renata Abreu

Apresentação: 29/02/2024 15:38:54.710 - MESA
PL n.524/2024

individualizado, do qual conste prognóstico de evolução, levando-se em conta os valores e as preferências do paciente. Com isso, reconhecemos a importância da autonomia do paciente ou de seu responsável, um dos principais princípios orientadores da bioética.

Também consideramos que é preciso garantir aos usuários de planos privados de assistência à saúde a possibilidade de acessar uma abordagem preventiva de doenças, além da assistencial, por meio da cobertura ilimitada de sessões e consultas com profissionais não médicos, como nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros obstétricos e obstetrizes.

Mais uma vez cientes de que é necessário estabelecer balizas legais para o exercício de qualquer direito, evidenciamos que a atuação desses profissionais deverá respeitar os limites traçados pela legislação vigente e pelos respectivos Conselhos Profissionais. Com isso, buscamos assegurar a adequada regulamentação e supervisão das atividades dos profissionais não médicos, para a garantia da qualidade e segurança nos tratamentos oferecidos aos beneficiários.

Por todo o exposto, com vistas a ampliar os direitos dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e certos de que nos cercamos de medidas salutares que também tendem a preservar a viabilidade das operadoras, pedimos aos nobres Pares apoio para a aprovação deste Projeto.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputada **RENATA ABREU**

LexEdit
CD249891997000

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD249891997000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Renata Abreu

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 603, DE 2024

(Do Sr. Jonas Donizette)

Inclui no art.35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura do procedimento de criopreservação dos óvulos de pacientes com câncer, como medida preventiva diante do risco de infertilidade.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1719/2021.

Apresentação: 06/03/2024 16:41:13.683 - MESA
PL n.603/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. JONAS DONIZETTE)

Inclui no art.35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura do procedimento de criopreservação dos óvulos de pacientes com câncer, como medida preventiva diante do risco de infertilidade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos privados de assistência à saúde, para tratar da cobertura do procedimento de criopreservação dos óvulos de pacientes com câncer.

Art. 2º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, renumerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 35-C. .....

.....

.

§

1º .....

§ 2º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do "caput" do art. 35-C necessariamente devem contemplar o procedimento de criopreservação dos óvulos de pacientes com câncer, nos termos de regulamento." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

CD246276205600
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD246276205600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

Apresentação: 06/03/2024 16:41:13.683 - MESA
PL n.603/2024

Este Projeto de Lei tem como objetivo estabelecer que o custeio da criopreservação dos óvulos de pacientes com câncer deve ser cobertos pelos planos de saúde, de forma a aprimorar as ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do art. 35-C da lei 9596, de 1998, uma vez que esses pacientes possuem grande risco de infertilidade após o tratamento do câncer.

A terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça decidiu no Resp 1962984 que se a operadora cobre a quimioterapia para tratar o câncer, também deve fazê-lo com relação à prevenção dos efeitos adversos e previsíveis dela decorrentes- como a infertilidade-, de modo a possibilitar a plena reabilitação da beneficiária ao final do tratamento, quando então se considerará que o serviço foi inteiramente prestado.

De acordo com a relatora, se extrai o dever de prevenir, sempre que possível, o dano previsível e evitável resultante do tratamento médico prescrito. " Partindo dessa premissa, verifica-se, no particular, que a infertilidade é um efeito adverso da quimioterapia, previsível e evitável, e que, portanto, pode- e, quando possível, deve ser prevenido ", concluiu.

"Se a obrigação de prestação de assistência médica assumida pela operadora de plano de saúde impõe a cobertura do tratamento prescrito para o câncer de mama, a ele se vincula a obrigação de custear a criopreservação dos óvulos ", declarou Nancy Andrighi.

Diante da importância da possibilidade de pacientes em tratamento por quimioterapia poderem ter filhos através da criopreservação dos seus óvulos, conto com o apoio dos nobres pares para a aprovação da proposta.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado JONAS DONIZETTE

CD246276205600

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD246276205600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.023, DE 2024

(Do Sr. Marcelo Queiroz)

Atribui à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS o dever de estipular o limite anual de reajuste para todos os contratos de assistência suplementar à saúde médico hospitalares.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-4201/2012.

PODER LEGISLATIVO
CÂMARA DOS DEPUTADOS

Apresentação: 27/03/2024 17:12:10.543 - MESA
PL n.1023/2024

PROJETO DE LEI Nº DE 2024

(Do Sr. Marcelo Queiroz)

Atribui à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS o dever de estipular o limite anual de reajuste para todos os contratos de assistência suplementar à saúde médico hospitalares.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos de Saúde) passa vigorar acrescida dos seguintes artigos 15-A e 15-B:

"Art. 15-A. Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar autorizar a aplicação de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares de assistência suplementar à saúde médico hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados a esta Lei.

Parágrafo único. O índice de reajuste máximo a ser autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar nos termos do caput será calculado com base nas regras estabelecidas em regulamento."

"Art. 15-B. Nos contratos coletivos de produtos de que trata o art. 1º desta Lei o cálculo do percentual de reajuste das contraprestações pecuniárias pela variação de custos será feito mediante agrupamento de todos os contratos da operadora, sendo aplicado para todo o agrupamento um único percentual de reajuste, independentemente do número de beneficiários de cada contrato.

§ 1º Quando o índice proposto para todo o agrupamento for superior ao último percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS para planos individuais, a aplicação do reajuste anual das contraprestações pecuniárias pela variação de custos dependerá de anuência prévia da Agência, que deverá pactuar com a

CD244637172000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244637172000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcelo Queiroz

Apresentação: 27/03/2024 17:12:10.543 - MESA
PL n.1023/2024

operadora medidas de estímulo a ganhos de eficiência na gestão das despesas assistenciais, os quais condicionarão o exame de novas propostas de reajuste.

§ 2º A operadora de plano da modalidade coletiva empresarial ou coletiva por adesão apresentará à ANS e divulgará em seu sítio eletrônico todas as informações que motivaram a definição do índice de reajuste para todo o agrupamento determinado para o período, incluindo a discriminação e os quantitativos de procedimentos efetivamente realizados pelos beneficiários, valores pagos aos prestadores de serviços, despesas operacionais, taxas de administração e corretagem, entre outras estabelecidas em regulamento.

§ 3º Nos contratos coletivos de produtos de que trata o art. 1º desta Lei com cem ou mais beneficiários, a proposta de reajuste anual das contraprestações pecuniárias pela variação de custos que, nos termos de regulamento, for consideravelmente superior ao último percentual máximo de reajuste autorizado para planos individuais, deverá ser objeto de anuência prévia da ANS.

§ 4º Enquanto não for editado o regulamento a que se refere o parágrafo anterior, qualquer proposta de reajuste superior ao último percentual máximo de reajuste autorizado para planos individuais dependerá de anuência prévia da ANS.”

Art. 2º Toda e qualquer modalidade de plano de assistência suplementar à saúde médico hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999, observarão o teto de reajuste estipulado anualmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§1º Se familiar ou contratado individualmente, reger-se-á pelo índice que dispõe o parágrafo único do art. 15-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

§ 2º Se contratado coletivamente, por adesão de uma pluralidade de pessoas, independentemente de pertencerem a um grupo social, profissional ou qualquer outra distinção previamente definida e, ainda, na modalidade empresarial, quando contratados por pessoas jurídicas em benefício dos seus funcionários, o reajuste anual obedecerá o disposto no art. 15-B da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CD244637172000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244637172000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcelo Queiroz

Apresentação: 27/03/2024 17:12:10.543 - MESA
PL n.1023/2024

Art. 3º Esta Lei passa a vigorar a partir da data de sua publicação.

Sala das sessões, em 27 de março de 2024.

Deputado **MARCELO QUEIROZ**
PROGRESSISTAS/RJ

CD244637172000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244637172000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcelo Queiroz

Apresentação: 27/03/2024 17:12:10.543 - MESA
PL n.1023/2024

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei pretende corrigir uma discrepância existente atualmente no mercado de planos de saúde: a ausência de um teto para o reajuste anual programado para os planos contratados coletivamente.

Atualmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS estipula anualmente o limite máximo para reajuste do preço das mensalidades dos planos de saúde individuais e familiares. Isso traz segurança jurídica para os contratantes, no passo em que garante a manutenção da rentabilidade da atividade econômica das empresas, pois, o método utilizado pela Agência combina a variação das despesas assistenciais com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

O mesmo critério não é adotado para os planos contratados coletivamente (empresariais e demais casos), já que subentende-se que os contratos devem ser livremente negociados entre as partes. Entretanto, tal situação acaba gerando deletérios efeitos nas economias das famílias seguradas, que ficam reféns do poder de negociação de seus grupos. Isso (quase sempre) significa ter que aceitar reajustes que superam em 3 a 4 vezes aquele percentual estipulado para os planos individuais.

Ademais, é perceptível a preferência das seguradoras em ofertar planos coletivos, que hoje representam mais de 70% do mercado. Regras mais flexíveis, a ausência de limites de reajuste e até mesmo a possibilidade das seguradoras rescindirem unilateralmente o contrato, são fatores que propiciam esse cenário.

Por fim, incluímos a previsão de que o teto de reajuste anual estipulado pela ANS incidirá sobre todos os contratos de planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Com isso, asseguramos sua aplicação aos contratos regidos pelas regras atuais, bem como, para aqueles que vierem a existir futuramente, desestimulando a criação de novas modalidades contratuais com o objetivo de se furtarem do que estipula a lei.

CD244637172000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244637172000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcelo Queiroz

Apresentação: 27/03/2024 17:12:10.543 - MESA
PL n.1023/2024

Com isso, confiante do apoio de meus pares, apresento este Projeto de Lei, com o objetivo de conferir isonomia e justiça às milhões de famílias que hoje se veem prejudicadas ano após ano pelos reajustes desproporcionais promovidos pelas empresas de planos de saúde.

Sala das sessões, em 27 de março de 2024.



Deputado **MARCELO QUEIROZ**
PROGRESSISTAS/RJ

CD244637172000

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244637172000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcelo Queiroz

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.317, DE 2024

(Do Sr. Julio Arcoverde)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para proibir a prática de atendimento privilegiado a pacientes particulares pelos profissionais de saúde que prestem serviço por meio de planos privados de assistência à saúde, independentemente de sua qualificação como contratados, referenciados ou credenciados.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-6448/2019.

Apresentação: 17/04/2024 17:06:23.137 - MESA
PL n.1317/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. JULIO ARCOVERDE)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para proibir a prática de atendimento privilegiado a pacientes particulares pelos profissionais de saúde que prestem serviço por meio de planos privados de assistência à saúde, independentemente de sua qualificação como contratados, referenciados ou credenciados.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O § 2º do art. 17-A da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso VI:

"Art. 17-A. .....

.....

§ 2º .....

.....

VI – a proibição da prática de atendimento privilegiado a pacientes particulares pelos profissionais de saúde que prestem serviço por meio de planos privados de assistência à saúde, independentemente de sua qualificação como contratados, referenciados ou credenciados, ressalvadas as delimitações expressamente acordadas entre o profissional e a operadora de planos, desde que devidamente publicizadas, com a indicação clara e evidente dos dias e horários em que o profissional está habilitado a atender pelo plano de saúde.

.....(NR)"

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

JUSTIFICAÇÃO

CD246530077200
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD246530077200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Julio Arcoverde

Apresentação: 17/04/2024 17:06:23.137 - MESA
PL n.1317/2024

Recentemente, houve diversos relatos na mídia e nas redes sociais de casos em que beneficiários de planos de saúde tiveram suas consultas adiadas ou enfrentaram longas filas de espera, enquanto pacientes particulares eram atendidos imediatamente. Pacientes com plano de saúde relatam esperas de mais de três meses por uma consulta com um especialista, enquanto outras pessoas que pagam diretamente ao prestador são atendidas no mesmo dia.

Este PL é fundamentado na necessidade de promover a igualdade de acesso à saúde para todos os cidadãos, especialmente aqueles que são beneficiários de planos de saúde. Embora a legislação brasileira já estabeleça princípios de igualdade e proíba a discriminação, na prática, muitos beneficiários de planos de saúde enfrentam dificuldades ao tentar marcar consultas, devido à preferência dada a pacientes particulares.

Essa disparidade no atendimento viola os direitos dos beneficiários de planos de saúde, que muitas vezes pagam por um serviço que não lhes é garantido de forma equitativa. Portanto, o objetivo deste Projeto é corrigir essa lacuna na legislação, proibindo explicitamente a diferenciação no agendamento de consultas com base no tipo de plano de saúde do paciente.

Ao garantir que todos os pacientes sejam tratados de forma justa e equitativa, independentemente de sua forma de pagamento, este Projeto visa a promover a igualdade de acesso e proteger os direitos dos consumidores de planos privados de assistência à saúde. Sua aprovação representará um avanço significativo na defesa dos direitos dos beneficiários de planos. Pedimos, portanto, apoio para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado JULIO ARCOVERDE

CD246530077200

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD246530077200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Julio Arcoverde

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.318, DE 2024

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Dispõe sobre a inclusão de equoterapia e musicoterapia como tratamento obrigatório aos planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2328/2011.

Apresentação: 17/04/2024 17:29:56.740 - Mesa
PL n.1318/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. JUNINHO DO PNEU)

Dispõe sobre a inclusão de equoterapia e musicoterapia como tratamento obrigatório aos planos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1º: Os planos de saúde, públicos ou privados, são obrigados a cobrir os custos de equoterapia e musicoterapia para os segurados que necessitem desses tratamentos, mediante prescrição médica.

Artigo 2º: Para efeitos desta lei, considera-se:

a) Equoterapia: Método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência ou necessidades especiais.

b) Musicoterapia: Método terapêutico que utiliza a música e seus elementos - som, ritmo, melodia e harmonia - para promover a saúde mental, emocional e física de indivíduos em diversas condições de saúde.

Artigo 3º: Os planos de saúde não poderão impor limites de sessões para equoterapia e musicoterapia, desde que prescritas por um profissional de saúde habilitado e devidamente registrado em seus respectivos conselhos profissionais.

Artigo 4º: Os custos das sessões de equoterapia e musicoterapia deverão ser integralmente cobertos pelos planos de saúde, sem cobrança de coparticipação ou franquia por parte dos segurados.

Artigo 5º: Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

CD242484322400

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242484322400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu

Apresentação: 17/04/2024 17:29:56.740 - Mesa
PL n.1318/2024

Justificativa

A equoterapia e a musicoterapia têm se mostrado terapias eficazes em uma variedade de condições de saúde, incluindo distúrbios neurológicos, transtornos psiquiátricos, deficiências físicas e desenvolvimento infantil. No entanto, o acesso a esses tratamentos é muitas vezes limitado devido aos altos custos envolvidos.

É necessário garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde para todos os cidadãos, e os planos de saúde desempenham um papel fundamental nesse sentido. Ao incluir a cobertura obrigatória de equoterapia e musicoterapia, estamos promovendo o acesso a tratamentos alternativos que podem melhorar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar de muitos pacientes.

Portanto, acreditamos que este projeto de lei é fundamental para garantir que os segurados dos planos de saúde tenham acesso a esses tratamentos sem que isso represente um ônus financeiro adicional.

Em face do exposto, peço a meus nobres Pares o apoio para aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado JUNINHO DO PNEU

CD242484322400

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242484322400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu

PROJETO DE LEI N.º 1.368, DE 2024

(Do Sr. Adail Filho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para impedir a rescisão unilateral de plano de saúde nos casos que especifica.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4201/2012.

Apresentação: 22/04/2024 12:14:20.837 - MESA
PL n.1368/2024

PROJETO DE LEI Nº , de 2024

(Do Sr. Adail Filho)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para impedir a rescisão unilateral de plano de saúde nos casos que especifica.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei regulamenta a rescisão unilateral dos planos de saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

"Art. 13-A. Fica vedada a rescisão unilateral do contrato por parte do plano de saúde sem justa causa.

Parágrafo único. Não configura justa causa:

I – idade superior a 60 anos;

II – existência de deficiência;

III – descoberta de doença grave."

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

JUSTIFICAÇÃO

O presente projeto de lei visa proibir a rescisão unilateral do plano de saúde sem justa causa. A rescisão unilateral do plano de saúde sem justa causa é uma prática que frequentemente resulta em injustiças e desequilíbrios nas relações entre consumidor e operadora. Ao permitir que as seguradoras "demitam" clientes sem motivo válido, vemos a possibilidade de vulnerabilização de idosos, de pessoas com deficiências e de pessoas com doenças graves.

Este projeto de lei se baseia em princípios fundamentais de justiça, igualdade e dignidade humana. Ao proibir a rescisão unilateral do contrato sem justa causa, estamos defendendo o direito básico à saúde, além de garantir a previsibilidade no momento de mais vulnerabilidade da população, quando o plano de saúde se torna mais necessário.

É importante ressaltar que a proibição da rescisão unilateral do contrato sem justa

LexEdit
CD247405667000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247405667000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Adail Filho

Apresentação: 22/04/2024 12:14:20.837 - MESA
PL n.1368/2024

causa não impede a rescisão, mas ela deve ser fundamentada em previsões contratuais não discriminatórias. Este projeto de lei visa apenas impedir que os clientes fiquem sem respaldo e sem justificativa plausível ou razoável.

Por fim, este projeto de lei representa um importante passo em direção à construção de uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva. Ao proteger os direitos dos mais vulneráveis, estamos promovendo valores fundamentais de equidade, respeito e dignidade para todos os cidadãos.

Diante do exposto, conto com o apoio dos Nobres Pares.

Sala das Sessões, em de de 2024.

ADAIL FILHO
Deputado Federal
REPUBLICANOS/AM

LexEdit
CD247405667000

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247405667000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Adail Filho

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 1.596, DE 2024

(Do Sr. Juninho do Pneu)

Dispõe sobre a garantia ao direito do plano de saúde das pessoas idosas.

DESPACHO:
APENSE-SE AO PL-2770/2019.

Apresentação: 07/05/2024 12:53:33.943 - MESA
PL n.1596/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. JUNINHO DO PNEU)

Dispõe sobre a garantia ao direito de plano de saúde das pessoas idosas.

O Congresso Nacional decreta:

Artigo 1- Esta Lei tem como objetivo proibir o cancelamento unilateral por idade do plano de saúde para idosos, visando garantir o acesso contínuo a cuidados de saúde adequados e a proteção dos direitos dos idosos.

Artigo 2- Fica proibido que as operadoras de planos de saúde cancelem unilateralmente o contrato de plano de saúde de idosos por idade, exceto nos casos em que haja comprovada fraude ou inadimplência por parte do beneficiário.

Artigo 3- As operadoras de planos de saúde são obrigadas a manter a cobertura de saúde para os idosos, sem interrupção, desde que o beneficiário esteja em dia com o pagamento das mensalidades e cumpra as obrigações contratuais estabelecidas.

Artigo 4- As operadoras de planos de saúde devem comunicar aos beneficiários idosos qualquer alteração no contrato de forma clara, transparente e com antecedência mínima de 30 dias, sem a possibilidade de cancelamento do plano de saúde por motivo de idade do beneficiário.

Artigo 5- Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CD247113240600

Justificativa:

A proibição do cancelamento unilateral do plano de saúde para idosos é uma medida necessária para garantir a proteção dos direitos desses cidadãos vulneráveis e assegurar-lhes acesso contínuo a cuidados de saúde adequados. Os idosos frequentemente dependem de serviços médicos para

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247113240600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu

Apresentação: 07/05/2024 12:53:33.943 - MESA
PL n.1596/2024

manter sua saúde e qualidade de vida, e o cancelamento repentino do plano de saúde pode colocá-los em uma situação de extrema vulnerabilidade.

O cancelamento unilateral do plano de saúde para idosos pode deixá-los desprovidos de cobertura médica em um momento crucial de suas vidas, quando mais precisam de assistência médica de qualidade devido às condições de saúde relacionadas à idade. Isso pode resultar em dificuldades financeiras para pagar por tratamentos médicos privados ou em longas esperas por atendimento no sistema de saúde público, afetando negativamente sua saúde e bem-estar.

Além disso, os idosos muitas vezes enfrentam barreiras físicas, cognitivas ou econômicas que dificultam a obtenção de um novo plano de saúde após o cancelamento unilateral. Isso pode deixá-los sem opções viáveis para obter a cobertura de saúde de que necessitam.

Portanto, esta legislação é essencial para garantir que os idosos sejam protegidos contra práticas injustas e garantir que continuem a receber os cuidados de saúde de que precisam para viver com dignidade e qualidade de vida na terceira idade.

Em face do exposto, peço a meus nobres Pares o apoio para aprovação deste projeto de lei.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado JUNINHO DO PNEU

CD247113240600

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247113240600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Juninho do Pneu

PROJETO DE LEI N.º 2.087, DE 2024

(Do Sr. Jonas Donizette)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor acerca da obrigatoriedade de cobertura de procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2066/2011.

Apresentação: 27/05/2024 18:43:58.477 - Mesa
PL n.2087/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. JONAS DONIZETTE)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor acerca da obrigatoriedade de cobertura de procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 10-E:

> "Art. 10-E Cabe às operadoras de planos privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos I e II do art. 12 desta Lei, o dever de custear a realização de todos procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia, conforme indicação de médico assistente."

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

JUSTIFICAÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é uma doença crônica, progressiva e recidivante, em que há o excesso de gordura corporal em quantidades que determinam prejuízos à saúde. Atualmente, 22,4% da população adulta brasileira é obesa[1].

A gastroplastia, uma alternativa terapêutica que visa a conter a obesidade, se destaca por promover uma redução acentuada no volume corporal de forma rápida. Contudo, é frequente que os indivíduos submetidos a esse procedimento deparem com a problemática do excesso de pele, o que

[1] https://www.med.puc-rio.br/notcias/2023/9/27/obesidade-estudo-afirma-que-41-da-populao-brasileira-estar-sobrepeso-at-2035

CD247118432300
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247118432300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

Apresentação: 27/05/2024 18:43:58.477 - Mesa
PL n.2087/2024

desencadeia potenciais complicações, tais como recorrências de candidíase, infecções bacterianas provenientes de escoriações decorrentes do atrito, presença de odores desagradáveis, entre outras questões de ordem dermatológica.

Pensando nisso, elaboramos este Projeto, que tem como objetivo principal estabelecer a obrigatoriedade, na Saúde Suplementar, de cobertura de procedimentos cirúrgicos de natureza reparadora para a retirada de excesso de pele em pacientes submetidos a gastroplastia.

Esta medida se justifica pela relevância destes procedimentos para a qualidade de vida e bem-estar dos pacientes que passaram por gastroplastia, uma vez que, como informado, o acúmulo de pele em excesso pode acarretar desconforto físico, impactar a saúde mental e limitar a plena reintegração social.

Ao tornar obrigatória a cobertura desses procedimentos, este Projeto visa a garantir que os beneficiários tenham acesso a tratamentos completos e abrangentes, não se restringindo apenas à fase inicial da intervenção médica. É por tudo isso que solicitamos aos nobres Pares apoio para a aprovação desta matéria.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado JONAS DONIZETTE

CD247118432300

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247118432300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Jonas Donizette

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.094, DE 2024

(Do Sr. Clodoaldo Magalhães)

Dispõe sobre a proibição do cancelamento unilateral de contratos de planos de saúde pelas operadoras

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1368/2024.

Apresentação: 27/05/2024 20:41:35.520 - MESA
PL n.2094/2024

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. Clodoaldo Magalhães)

Dispõe sobre a proibição do cancelamento unilateral de contratos de planos de saúde pelas operadoras

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica proibido às operadoras de planos de saúde o cancelamento unilateral de contratos de planos de assistência à saúde, exceto nos casos de inadimplência do pagamento da mensalidade, conforme previsto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e de fraude comprovada por parte do consumidor, após processo administrativo que assegure direito de defesa e contraditório.

§1º Considera-se inadimplência a falta de pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, ao longo de um ano de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Art. 2º É vedado às operadoras de planos de saúde rescindir ou não renovar contrato de plano de saúde com base na idade do beneficiário ou na alteração do estado de saúde decorrente de qualquer condição ou deficiência, incluindo, mas não se limitando a, condições

CD242328534400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242328534400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clodoaldo Magalhães

Apresentação: 27/05/2024 20:41:35.520 - MESA
PL n.2094/2024

genéticas, crônicas ou decorrentes de transtornos do espectro autista.

Art. 3º As operadoras de planos de saúde deverão oferecer alternativas de planos aos beneficiários idosos ou com alteração significativa de saúde, garantindo que não haja cessação de cobertura. A oferta deve ser realizada de forma clara e compreensível, com informações sobre coberturas, preços e diferenças entre os planos ofertados e o plano anterior, vedada a cobrança de preços a maior, de forma abusiva, por qualquer das condições acima mencionadas.

Art. 4º A violação do disposto nesta lei sujeitará a operadora às seguintes penalidades:

a) multa pecuniária, proporcional à gravidade da infração e ao porte econômico da operadora;

b) suspensão temporária da autorização para operar no mercado de assistência à saúde, em casos de reincidência.

c) pagamento de indenização por danos morais e materiais ao consumidor, com a consequente manutenção do contrato sem cobrança de taxas adicionais ou alteração nas condições originais do contrato.

Art. 5º Caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a fiscalização e aplicação das penalidades previstas nesta lei.

Art. 6º As operadoras de planos de saúde devem manter um registro detalhado de todos os contratos rescindidos, contendo os motivos claros e específicos da rescisão, disponíveis para fiscalização pelo órgão competente.

Art. 7º As disposições desta lei aplicam-se a todos os contratos de planos de saúde, independentemente da data de sua assinatura.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CD242328534400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242328534400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clodoaldo Magalhães

Apresentação: 27/05/2024 20:41:35.520 - MESA
PL n.2094/2024

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei visa garantir a segurança e a estabilidade dos consumidores de planos de saúde, protegendo-os contra práticas discriminatórias e abusivas por parte das operadoras de saúde. Nos últimos anos, temos observado uma tendência preocupante no setor de saúde suplementar, onde operadoras buscam rescindir unilateralmente contratos de plano de saúde sob alegações que, frequentemente, discriminam indivíduos pela sua idade avançada ou condições de saúde complexas, como no caso de pessoas portadoras de autismo.

A legislação atual, apesar de fornecer um certo grau de proteção, tem lacunas que algumas operadoras exploram para evitar a cobertura de indivíduos que mais precisam de suporte médico continuado. Tais ações não só comprometem a dignidade e os direitos desses consumidores, mas também contrariam os princípios básicos do direito à saúde e à vida, conforme estabelecido pela Constituição Federal.

Este projeto de lei propõe a proibição expressa do cancelamento unilateral de contratos por operadoras de planos de saúde, exceto em casos onde a lei já prevê a possibilidade de rescisão por falta de pagamento. Ao fazê-lo, o projeto não apenas fecha uma brecha usada por operadoras para excluir consumidores vulneráveis, mas também reafirma o compromisso do legislador com a proteção e promoção dos direitos dos consumidores.

Além disso, ao impor penalidades severas e obrigar a reintegração imediata dos serviços nos casos de cancelamentos indevidos, este projeto de lei busca dissuadir práticas abusivas, garantindo que as operadoras pensem duas vezes antes de violar os direitos assegurados aos seus consumidores.

Assim, este projeto é um passo essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo, onde o direito ao acesso contínuo à saúde seja inalienável e respeitado por todas as partes envolvidas no setor.

CD242328534400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242328534400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clodoaldo Magalhães

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado Clodoaldo Magalhães

PV/PE

Apresentação: 27/05/2024 20:41:35.520 - MESA
PL n.2094/2024

CD242328534400

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242328534400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Clodoaldo Magalhães

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.387, DE 2024

(Do Sr. Guilherme Boulos)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para dispor sobre o índice de reajuste de planos privados de assistência à saúde de contratação coletiva.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1359/2022.

Apresentação: 13/06/2024 17:08:04.310 - Mesa
PL n.2387/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. GUILHERME BOULOS)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para dispor sobre o índice de reajuste de planos privados de assistência à saúde de contratação coletiva.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para dispor sobre o índice de reajuste de planos privados de assistência à saúde de contratação coletiva.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 15-A:

> "Art. 15-A. Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar autorizar a aplicação de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares e dos planos coletivos empresariais ou por adesão, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados a esta Lei."

Art. 3º O inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 4º .....
>
> .....
>
> XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e dos planos coletivos empresariais ou por adesão, ouvido o Ministério da Fazenda;
>
> .....(NR)"

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CD244813204900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244813204900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Guilherme Boulos

Apresentação: 13/06/2024 17:08:04.310 - Mesa
PL n.2387/2024

JUSTIFICAÇÃO

Atualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regula os reajustes dos planos individuais, mas os planos coletivos, que representam a maior parte dos contratos de Saúde Suplementar no País, não têm a mesma rigorosa fiscalização. Isso resulta em aumentos abusivos que apenam especialmente pequenas e médias empresas e seus funcionários, bem como associações e sindicatos que contratam planos coletivos por adesão.

Segundo dados da ANS, cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil estão em planos coletivos - e esses têm sofrido com reajustes superiores aos aplicados aos planos individuais. Em 2020, enquanto o reajuste dos planos individuais foi de 8,14%, os planos coletivos chegaram a registrar aumentos médios de até 20%, o que evidencia uma disparidade preocupante. Essa diferença de tratamento contribui para a insustentabilidade financeira dos contratantes e, em muitos casos, leva ao cancelamento dos planos, o que deixa milhares de brasileiros desassistidos.

Além disso, a ausência de uma regulamentação específica para os reajustes dos planos coletivos permite que as operadoras imponham condições desfavoráveis aos beneficiários. Em um cenário de inflação médica crescente, com custos de procedimentos e tecnologias de saúde em constante elevação, é imperativo que haja um controle mais rigoroso para evitar que os reajustes sejam desproporcionais e arbitrários. A ANS possui a expertise técnica necessária para avaliar os critérios de reajuste de forma justa e equilibrada e garantir que os aumentos sejam compatíveis com a realidade econômica do País e com a capacidade de pagamento dos consumidores.

Ao submeter os planos coletivos ao mesmo regime de autorização de reajustes aplicado aos planos individuais, a presente proposta assegura que todos os contratos de Saúde Suplementar sejam tratados de maneira igualitária, sem discriminação entre diferentes tipos de beneficiários. Isso fortalece a confiança no sistema e contribui para a ampliação do acesso à

CD244813204900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244813204900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Guilherme Boulos

Apresentação: 13/06/2024 17:08:04.310 - Mesa
PL n.2387/2024

saúde de qualidade, essencial para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população brasileira.

Por todo o exposto, solicitamos o apoio dos Nobres Pares para a aprovação desta medida, que trará benefícios significativos para milhões de brasileiros que dependem dos planos de saúde coletivos.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado GUILHERME BOULOS

CD244813204900

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD244813204900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Guilherme Boulos

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656
LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2000-01-28;9961

PROJETO DE LEI N.º 2.401, DE 2024

(Da Sra. Fernanda Pessoa)

Dispõe sobre o congelamento de óvulos para paciente em tratamento oncológico.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-603/2024.

Apresentação: 17/06/2024 14:04:08.100 - MESA
PL n.2401/2024

PROJETO DE LEI N.º , DE 2024

(Da Sra., Fernanda Pessoa)

Dispõe sobre o congelamento de óvulos para paciente em tratamento oncológico.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Altera o Art. 12 da Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 que passa a viger com a seguinte redação:

> Art. 12. São facultadas a oferta, a 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:
> (...)
> III - quando incluir atendimento obstétrico:
> c) cobertura do procedimento de congelamento de óvulos em pacientes em tratamento oncológico até sua alta;

Art. 2º As clínicas de tratamento oncológicas ficam obrigadas à afixação de cartazes para divulgação do procedimento pelo Sistema Único de Saúde – SUS;

Art. 3º Os Estados e Municípios poderão afixar cartazes em suas unidades de Saúde para divulgação do procedimento pelo SUS.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

CD248546127500
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD248546127500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Fernanda Pessoa

Apresentação: 17/06/2024 14:04:08.100 - MESA
PL n.2401/2024

Trata-se da presente proposição da obrigatoriedade de custeio do congelamento de óvulos para pacientes em tratamento oncológico, bem como a divulgação do procedimento pelo SUS.

Neste sentido, o projeto tem objetivo de tratar de forma legal o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça – STJ, vejamos abaixo:

> RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. CPC/2015. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO PARA CÂNCER DE MAMA RECIDIVO. PROGNÓSTICO DE FALÊNCIA OVARIANA COMO SEQUELA DA QUIMIOTERAPIA. PLEITO DE CRIOPRESERVAÇÃO DOS ÓVULOS. EXCLUSÃO DE COBERTURA. RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS 387/2016. NECESSIDADE DE MINIMIZAÇÃO DOS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. PRINCÍPIO MÉDICO "PRIMUM, NON NOCERE". OBRIGAÇÃO DE COBERTURA DO PROCEDIMENTO ATÉ À ALTA DA QUIMIOTERAPIA NOS TERMOS DO VOTO DA MIN.a NANCY ANDRIGHI.
> 1. Controvérsia acerca da cobertura de criopreservação de óvulos de paciente oncológica jovem sujeita a quimioterapia, com prognóstico de falência ovariana, tornando-a infértil.
> 2. Nos termos do art. 10, inciso III, da Lei 9.656/1998, não se inclui entre os procedimentos de cobertura obrigatória a "inseminação artifical", compreendida nesta a manipulação laboratorial de óvulos, dentre outras técnicas de reprodução assistida (cf. RN ANS 387/2016).
> 3. Descabimento, portanto, de condenação da operadora a custear criopreservação como procedimento inserido num contexto de mera reprodução assistida.
> **4. Caso concreto em que se revela a necessidade atenuação dos efeitos colaterais, previsíveis e evitáveis, da quimioterapia, dentre os quais a falência ovariana, em atenção ao princípio médico "primum, non nocere" e à norma que emana do art. 35-F da 9.656/1998, segundo a qual a cobertura dos planos de saúde abrange também a prevenção de doenças, no caso, a infertilidade.**
> 5. Manutenção da condenação da operadora à cobertura de parte do procedimento pleiteado, como medida de prevenção para a possível infertilidade da paciente, cabendo à beneficiária arcar com os eventuais custos do procedimento a partir da alta do tratamento quimioterápico, nos termos do voto da Min.a NANCY ANDRIGHI. 6. Distinção entre o caso dos autos, em que a paciente é fértil e busca a criopreservação como forma de prevenir a infertilidade, daqueloutros em que a paciente já é infértil, e pleiteia a criopreservação como meio para a reprodução assistida, casos para os quais não há obrigatoriedade de cobertura. 7. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

Sendo assim, o posicionamento do STJ vem no sentido de garantir o direito a fertilização aos pacientes em tratamento oncológico, e nesta toada, far-se-á necessária o reconhecimento legal do congresso para que as pacientes tenham esse direito em Lei.

Nesta senda, o projeto de lei vem no sentido de garantir que as pacientes em tratamento oncológico possam realizar o sonho de ser mães, tendo em vista que o tratamento com quimioterapia reduz essas chances, assim, é com o objetivo de fazer justiça a estas pacientes.

CD248546127500
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD248546127500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Fernanda Pessoa

Apresentação: 17/06/2024 14:04:08.100 - MESA
PL n.2401/2024

Portanto, conclui-se que estas são razões para o presente projeto de lei.

Câmara dos Deputados,

Sala das Sessões, de de 2024

FERNANDA PESSOA
Deputada Federal
União Brasil/CE

CD248546127500

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD248546127500
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Fernanda Pessoa

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.822, DE 2024

(Do Sr. Lebrão)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-426/2024.

Apresentação: 10/07/2024 12:16:07.943 - MESA
PL n.2822/2024

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. Lebrão)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 35-N:

> "Art. 35-N. Os reajustes das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, por variação de custos, serão limitados a índice estabelecido anualmente pela ANS.
>
> § 1º O índice previsto no caput deste artigo será válido para todos os tipos de contratação previstos no inciso VII do art. 16 desta Lei.
>
> § 2º Será considerada, como base para cálculo do índice previsto no caput deste artigo a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde''.

Art. 3º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 35-E. .....
>
> .....
>
> .

CD241966939000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD241966939000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Lebrão

Apresentação: 10/07/2024 12:16:07.943 - MESA
PL n.2822/2024

§ 2º. Nos contratos individuais ou coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

....." (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O sistema de saúde suplementar é regulado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que estabelece limites para os contratos, para garantir que os usuários tenham acesso a cobertura adequada de serviços, sem cláusulas abusivas que inviabilizem sua utilização.

Mais de 47 milhões de brasileiros e brasileiras dependem de planos privados de assistência à saúde para atendimentos clínicos, realização de exames, internações e cirurgias.

Por outro lado, a questão dos reajustes dos Planos de Saúde, por variação de custos, que ocorre anualmente, não foi regulamentado ainda. Na atualidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define o índice máximo de reajuste anual, com base em diversos fatores relacionados aos aumentos de custos das operadoras de planos de saúde. Este índice tem sido definido sempre em valores acima da inflação pela ANS, muitas vezes em percentuais superior até em 3 vezes da inflação apurada.

Este Projeto de Lei pretende estabelecer em Lei um regulamento que restrinja os aumentos anuais de planos de assistência privada à saúde, individuais, familiares ou coletivos, tomando como parâmetro principal o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde.

CD241966939000

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD241966939000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Lebrão

Apresentação: 10/07/2024 12:16:07.943 - MESA
PL n.2822/2024

Desta forma, pretendemos evitar que os planos de saúde aumentem de valor de forma abusiva, motivo pelo qual pedimos o apoio dos colegas parlamentares.

Sala das Sessões,

Deputado LEBRÃO
União Brasil /RO

CD241966939000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD241966939000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Lebrão

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 2.852, DE 2024

(Do Sr. Dr. Daniel Soranz)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tratar sobre a destinação dos ressarcimentos efetuados ao Sistema Único de Saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-3935/2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Daniel Soranz

57ª LEGISLATURA

Apresentação: 11/07/2024 10:54:25.670 - MESA
PL n.2852/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2023

(Do Sr. DANIEL SORANZ)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para tratar sobre a destinação dos ressarcimentos efetuados ao Sistema Único de Saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera o § 1º do caput do art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para modificar a destinação dos ressarcimentos efetuados pelas operadoras ao Sistema Único de Saúde – SUS referentes aos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes SUS.

Art. 2º O § 1º do art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 32. .....

.....

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, **mediante crédito direto à unidade executante dos serviços de atendimento**." (NR)

.....

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

CD247823561300

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247823561300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dr. Daniel Soranz

Apresentação: 11/07/2024 10:54:25.670 - MESA
PL n.2852/2024

A alteração na Lei nº 9.656, de 1998, que trata dos Planos de Saúde, visa aprimorar o mecanismo de ressarcimento das operadoras de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) já previsto no art. 32 da referida lei. A proposta determina que os ressarcimentos sejam efetuados diretamente para a unidade executante dos serviços de atendimento.

A mudança proporcionará ao SUS vantagens consideráveis, como, por exemplo, maior eficiência na alocação de recursos, maior transparência e controle, incentivo à qualidade dos serviços, fortalecimento das unidades de saúde, equidade na distribuição de recursos, dentre outros.

A eficiência na alocação de recursos poderá ser verificada com a descentralização dos ressarcimentos o que permitirá que os recursos financeiros sejam direcionados diretamente às unidades que prestaram os serviços. Isso garantirá que os recursos sejam utilizados de maneira mais eficiente e imediata, melhorando a capacidade de resposta das unidades de saúde e a qualidade do atendimento. Além disso, haverá um maior controle sobre os recursos financeiros, facilitando auditorias e garantindo que os recursos sejam empregados conforme a finalidade prevista, favorecendo o processo de transparência e controle.

Outro benefício que a medida proporcionará será um incentivo adicional para que as unidades de saúde mantenham e aprimorem a qualidade dos serviços prestados. Sabendo que os ressarcimentos serão direcionados diretamente a elas, as unidades terão maior motivação para garantir um atendimento de excelência, beneficiando os usuários do SUS. Ademais, ao receberem diretamente os ressarcimentos, as unidades de saúde terão maior autonomia financeira para investir em melhorias estruturais, capacitação de profissionais e aquisição de equipamentos, contribuindo para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo.

A nova regra permitirá uma distribuição mais equitativa dos recursos, atendendo de maneira justa as unidades que efetivamente prestaram os serviços aos usuários de planos de saúde. Isso corrigirá possíveis distorções na alocação de recursos, garantindo que o dinheiro seja aplicado onde é mais necessário.

CD247823561300

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247823561300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dr. Daniel Soranz

Apresentação: 11/07/2024 10:54:25.670 - MESA
PL n.2852/2024

Em suma, a alteração proposta na Lei dos Planos de Saúde, determinando que os ressarcimentos das operadoras ao SUS sejam efetuados diretamente para a unidade executante dos serviços de atendimento, representa um avanço significativo na gestão dos recursos financeiros destinados à saúde pública. A medida contribuirá para a eficiência, transparência, qualidade e equidade no sistema de saúde, beneficiando diretamente os cidadãos que dependem dos serviços do SUS.

Pelo exposto, peço aos nobres Pares a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 11 de julho de 2024.

Deputado DANIEL SORANZ
PSD / RJ

CD247823561300

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD247823561300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Dr. Daniel Soranz

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.215, DE 2024

(Da Sra. Missionária Michele Collins)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a fim de dispor sobre a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde de prestarem informações acerca da negativa de tratamento médico.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2104/2022.

Apresentação: 19/08/2024 10:47:26.580 - MESA
PL n.3215/2024

PROJETO DE LEI Nº DE 2024.

(Da Sra. Missionária Michele Collins)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a fim de dispor sobre a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde de prestarem informações acerca da negativa de tratamento médico.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Adicione-se o art. 16-A à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com a seguinte redação:

"Art. 16-A. As Operadoras de Plano de Assistência à Saúde ficam obrigadas a justificar, por meio físico e no prazo de até vinte e quatro horas da solicitação, os motivos de eventual negativa de cobertura parcial ou total de procedimento médico, bem como de tratamento ou internação.

Parágrafo único. O descumprimento injustificado de que trata este artigo poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei." (NR)

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

JUSTIFICATIVA

A proposição que ora submeto à apreciação desta Casa Legislativa tem por finalidade proteger os consumidores de planos de assistência à saúde privados.

CD246763683200
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD246763683200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Missionária Michele Collins

Apresentação: 19/08/2024 10:47:26.580 - MESA
PL n.3215/2024

Salienta-se que, além de ocasionar risco à saúde de muitos clientes, a ausência de uma relação transparente nesses estabelecimentos, como a falta de um documento que ateste a negativa de cobertura parcial ou total de procedimento médico, tratamento ou internação, acarreta prejuízos às pessoas, bem como o aumento de reclamações nos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

O que propõe esta matéria é garantir que os consumidores tenham mais facilidade para defender os seus direitos, sobretudo, junto à Justiça. Dessa forma, ela se reveste de grande interesse público, motivo pelo qual solicito dos meus ilustres Pares a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 12 de agosto de 2024.

Missionária Michele Collins
Deputada Federal (PP/PE)

CD246763683200

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD246763683200
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Missionária Michele Collins

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1998-06-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 3.642, DE 2024

(Do Sr. Leo Prates)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos de saúde de autogestão.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2822/2024.

Apresentação: 19/09/2024 12:33:35.433 - MESA
PL n.3642/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. Leo Prates)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos de saúde de autogestão.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 35-N:

"**ART. 35-N**. os reajustes das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei, por variação de custos, serão limitados a índice estabelecido anualmente pela ANS.

§ 1º o índice previsto no caput deste artigo será válido para todos os tipos de contratação previstos no inciso VII do art. 16 desta lei.

§ 2º será considerada, como base para cálculo do índice previsto no caput deste artigo, compondo no mínimo 90% da proporção, a variação do índice nacional de preços ao consumidor amplo – IPCA, calculado pelo instituto brasileiro de geografia e estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde.

CD242995528300
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242995528300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Leo Prates

Apresentação: 19/09/2024 12:33:35.433 - MESA
PL n.3642/2024

§ 3º poderão ser utilizados no cálculo do índice previsto no caput deste artigo, de forma complementar, um fator de produtividade e um fator de ajuste de preços relativos intrasetor e entre setores."

Art. 3º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art. 35-E** .... **§ 2º**. Nos contratos individuais ou coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. ....." (NR)

Art. 4º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os planos de saúde de entidades de autogestão são administrados por empresas sem fins lucrativos, que operam em benefício exclusivo de seus associados. Exemplos bem conhecidos incluem Cassi, Geap e Funcesp. Ao contrário dos planos tradicionais, esses planos não visam lucro e são geridos pelos próprios beneficiários ou por empresas que contratam os serviços para seus funcionários.

Os reajustes anuais dos planos de saúde de entidades de autogestão deveriam seguir regras comuns. Embora a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regule esses reajustes, eles devem deveriam ser baseados em cálculos atuariais e financeiros que garantam a sustentabilidade do plano, porém sem

CD242995528300
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242995528300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Leo Prates

Apresentação: 19/09/2024 12:33:35.433 - MESA
PL n.3642/2024

buscar auferir lucros exorbitantes. As entidades de autogestão deveriam seguir as diretrizes estabelecidas no contrato firmado com os associados e estarem sujeitas a auditorias para garantir a transparência nos reajustes.

Atualmente, há um número crescente de reclamações sobre os reajustes dos planos de autogestão. Usuários frequentemente se queixam de aumentos abusivos e falta de transparência. Essas queixas refletem preocupações sobre a equidade e a previsibilidade dos reajustes. Apesar da não aplicação do Código de Defesa do Consumidor, é possível revisar judicialmente esses reajustes com base em princípios de direito contratual e administrativo, pois estamos vendo a ANS conceder reajustes aos planos individuais na ordem de 6,31% e os planos de autogestão impondo reajustes acima de 23%.

Os tribunais brasileiros têm sido receptivos às ações de revisão de reajustes em planos de autogestão, analisando a proporcionalidade dos reajustes e a transparência dos cálculos. Mesmo sem a aplicação direta do Código de Defesa do Consumidor, os magistrados têm usado fundamentos como o equilíbrio contratual e a proteção contra práticas abusivas para decidir a favor dos beneficiários.

Entretanto, a questão dos reajustes por variação de custos, que ocorre anualmente, não foi regulada satisfatoriamente na Lei 9.656 de 2098. Na atualidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define o índice máximo de reajuste anual, com base em diversos fatores relacionados aos aumentos de custos das operadoras de planos de saúde.

Este índice tem dois problemas principais. Em primeiro lugar, é definido sempre em valores acima da inflação do mesmo período. Em segundo lugar, este limite não se aplica aos planos coletivos ou empresariais, os chamados de autogestão, que atualmente correspondem a mais de 90% dos contratos vigentes. Ou seja, apenas um sexto dos beneficiários de planos de saúde tem esse limite de reajuste.

CD242995528300
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242995528300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Leo Prates

Apresentação: 19/09/2024 12:33:35.433 - MESA
PL n.3642/2024

Este Projeto de Lei pretende, portanto, estabelecer em Lei um regulamento que restrinja os aumentos anuais de planos de saúde de autogestão, tomando como parâmetro principal o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde.

Assim, pelos motivos expostos, e certo de que este projeto contribui para incentivar o bom tratamento da saúde do povo brasileiro, poupando-os de pagarem aumentos abusivos em seus planos de saúde, além de proporcionar mais justiça social, peço o apoio de meus nobres Pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em de setembro de 2024.

Deputado LEO PRATES

CD242995528300

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD242995528300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Leo Prates

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 4.555, DE 2024

(Do Sr. Pastor Gil)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para estabelecer diretrizes para reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais ou por adesão.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-2387/2024.

Apresentação: 27/11/2024 11:16:53.337 - Mesa
PL n.4555/2024

PROJETO DE LEI Nº , DE 2024

(Do Sr. PASTOR GIL)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para estabelecer diretrizes para reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais ou por adesão.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, para estabelecer diretrizes para reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde coletivos empresariais ou por adesão.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 15-A:

> "Art. 15-A. Compete à ANS autorizar a aplicação de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos individuais ou familiares e planos coletivos empresariais ou por adesão, com ou sem cobertura odontológica, que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados a esta Lei."

Art. 3º O inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 4º .....
>
> .....
>
> XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde individuais ou familiares e planos coletivos empresariais ou por adesão, ouvido o Ministério da Fazenda;
>
> .....(NR)"

CD243891593900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD243891593900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Pastor Gil

Apresentação: 27/11/2024 11:16:53.337 - Mesa
PL n.4555/2024

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O mercado de Saúde Suplementar no Brasil, que abrange os planos de saúde privados, é de extrema relevância. Em julho de 2024, cerca de 51 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos de assistência médica[1]. Desse total, mais de 80% estavam em planos coletivos empresariais ou por adesão. Esses planos são preferidos por muitas empresas e organizações, devido a vantagens financeiras em relação aos planos individuais, como custos iniciais mais baixos.

No entanto, os reajustes desses planos coletivos têm sido alvo de críticas e preocupações, especialmente pelos aumentos expressivos nas contraprestações pecuniárias, que muitas vezes superam os índices de inflação e os reajustes dos planos individuais. Enquanto os planos individuais são regulamentados e possuem uma faixa de reajuste autorizada pela Agência, os planos coletivos não têm a mesma regulação, o que pode gerar aumentos abusivos. Em 2022, os reajustes nos planos coletivos chegaram a superar 14%[2], em contraste com o reajuste máximo de 9,63% aplicado aos planos individuais[3]. Especificamente em relação aos planos coletivos com carteiras com menos de 30 vidas, o reajuste chegou a 17,92%[2].

Os reajustes significativos aplicados sem regulação direta são uma das principais causas da perda de cobertura por muitos consumidores de planos coletivos. Pequenas e médias empresas, associações e sindicatos, que muitas vezes contratam esses planos para seus empregados e associados, sofrem com aumentos que comprometem a sustentabilidade financeira das suas operações e dos beneficiários. Além disso, os beneficiários dos planos coletivos, incluindo famílias e trabalhadores de baixa renda, têm visto seus planos se tornarem insustentáveis, o que leva a uma maior procura pelo

1

2

3

CD243891593900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD243891593900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Pastor Gil

Apresentação: 27/11/2024 11:16:53.337 - Mesa
PL n.4555/2024

Sistema Único de Saúde (SUS) ou a interrupção de tratamentos contínuos, o que pode gerar consequências graves para a saúde de milhões de pessoas.

Diante desse cenário, este Projeto de Lei se mostra essencial para equilibrar os interesses das operadoras de planos de saúde e dos consumidores. Ao estabelecer a necessidade de autorização da ANS para reajustes e revisões nos planos coletivos, o Projeto assegura uma proteção mais ampla aos consumidores, além de garantir que os aumentos sejam justos e transparentes.

Por todo o exposto, e cientes de que a ANS já desempenha papel regulador nos planos individuais, em que os reajustes são mais controlados e limitados, pedimos apoio dos Nobres Pares para a aprovação deste Projeto de Lei, que visa a criar uma regulação mais justa e adequada para os milhões de brasileiros dependentes dos planos de saúde coletivos.

Sala das Sessões, em de de 2024.

Deputado PASTOR GIL PL/MA

CD243891593900

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD243891593900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Pastor Gil

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656
LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:200001-28;9961

PROJETO DE LEI N.º 1.229, DE 2025

(Do Sr. Romero Rodrigues)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para proibir a exigência de relatório médico para autorização de exames de baixa complexidade.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-3256/2023.

Apresentação: 25/03/2025 18:55:29.913 - Mesa
PL n.1229/2025

PROJETO DE LEI Nº , DE 2025

(Do Sr. ROMERO RODRIGUES)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para proibir a exigência de relatório médico para autorização de exames de baixa complexidade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido do seguinte §6º:

"Art. 12. .....

.....

§6º Fica vedada a exigência de relatório médico para a autorização de exames de baixa complexidade, na forma do regulamento, que poderá estabelecer exceções." (NR)

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

JUSTIFICAÇÃO

A saúde suplementar no Brasil desempenha um papel fundamental no atendimento da população, complementando o Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecendo assistência médica por meio de planos privados. Regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa modalidade de atendimento abrange mais de 50 milhões de beneficiários que buscam agilidade e acesso ampliado a serviços médicos.

No entanto, a relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde nem sempre é equilibrada, sendo frequentes as reclamações sobre negativa de cobertura e sobre práticas que dificultam o acesso aos

CD254586603000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254586603000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Romero Rodrigues

Apresentação: 25/03/2025 18:55:29.913 - Mesa
PL n.1229/2025

serviços de saúde necessários. Diante desse cenário, torna-se necessário garantir que as regras aplicáveis aos planos de saúde assegurem transparência, eficiência e respeito aos direitos dos usuários.

Muitos usuários de planos de saúde enfrentam dificuldades burocráticas que retardam o acesso a exames simples e complementares, essenciais para a detecção precoce e o tratamento de diversas condições médicas. A exigência de relatórios médicos para autorizar exames como análises de sangue, urina, radiografias e ultrassonografias tem se tornado um obstáculo desnecessário, dificultando a realização de procedimentos de cobertura obrigatória.

O Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 1990, determina que a exigência de vantagem manifestamente excessiva pelo fornecedor de serviços é prática abusiva. No contexto da saúde suplementar, a imposição de relatórios médicos para exames básicos se enquadra nessa definição, pois cria barreiras indevidas ao acesso dos pacientes aos serviços essenciais. Além disso, tal exigência pode configurar uma violação do sigilo médico, comprometendo o direito à privacidade do paciente.

Este Projeto de Lei pretende proibir que os planos de saúde exijam relatórios médicos como condição para autorizar exames simples e complementares de cobertura obrigatória, especialmente os considerados não invasivos. A medida buscaria coibir práticas abusivas, garantir maior celeridade na realização de exames médicos e preservar os direitos dos usuários dos planos de saúde. Com essa iniciativa, espera-se reduzir a burocracia e evitar atrasos que possam comprometer diagnósticos e tratamentos.

A proposta permite que o regulamento estabeleça situações nas quais seria aceitável o pedido do relatório, por exemplo em caso de exames repetidos com alta frequência, ou quando há suspeita de fraudes.

A aprovação deste projeto contribuiria para tornar o sistema de saúde suplementar mais eficiente, eliminando entraves que dificultam o acesso do cidadão a exames básicos e essenciais. Assim, busca-se assegurar que a relação entre planos de saúde e consumidores seja mais equilibrada e

CD254586603000
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254586603000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Romero Rodrigues

Apresentação: 25/03/2025 18:55:29.913 - Mesa
PL n.1229/2025

transparente, garantindo que a prestação dos serviços ocorra sem exigências indevidas que prejudiquem os beneficiários.

Pelo exposto, pedimos o apoio dos nobres colegas parlamentares para a aprovação desta proposição.

Sala das Sessões, em de de 2025.

Deputado ROMERO RODRIGUES

2025-2097

CD254586603000

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254586603000
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Romero Rodrigues

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439norma-pl.html

PROJETO DE LEI N.º 2.811, DE 2025

(Do Sr. Romero Rodrigues)

Altera o art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a notificação obrigatória dos consumidores em caso de inadimplência, antes da suspensão ou rescisão contratual por operadoras de planos privados de assistência à saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4201/2012.

Apresentação: 11/06/2025 08:41:01.400 - Mesa
PL n.2811/2025

PROJETO DE LEI Nº , DE 2025

(Do Sr. ROMERO RODRIGUES)

Altera o art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a notificação obrigatória dos consumidores em caso de inadimplência, antes da suspensão ou rescisão contratual por operadoras de planos privados de assistência à saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 13 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 13. .....

§ 1º .....

.....

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, observada a obrigatoriedade de notificação do consumidor, nos termos do § 2º deste artigo;

.....

§2º Verificado o não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, a operadora somente poderá suspender ou rescindir o contrato após notificação formal ao consumidor, com antecedência mínima de sessenta dias, contados a partir da data de configuração da inadimplência.

§ 3º Nos contratos coletivos, a operadora deverá, adicionalmente, comunicar individualmente os beneficiários titulares sobre a iminente rescisão contratual por inadimplência do estipulante, no prazo mínimo de sessenta dias antes da data prevista para a extinção do vínculo, assegurando-se aos beneficiários o direito à portabilidade de carências, na forma da regulamentação vigente. (NR)"

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

CD251479551300
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD251479551300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Romero Rodrigues

Apresentação: 11/06/2025 08:41:01.400 - Mesa
PL n.2811/2025

JUSTIFICAÇÃO

Frequentemente, beneficiários de planos de saúde são surpreendidos com a suspensão de serviços assistenciais essenciais em razão de inadimplência, mesmo quando não foram devidamente notificados com antecedência suficiente para regularizar os débitos pendentes. Essa prática compromete o acesso contínuo à assistência em saúde, o que pode trazer consequências graves, especialmente para pessoas em tratamento ou com doenças crônicas.

Este Projeto de Lei tem por objetivo assegurar maior transparência e previsibilidade nas relações entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Ao estabelecer a obrigatoriedade de comunicação formal com antecedência mínima de 60 dias a partir da configuração da inadimplência, a Proposta busca garantir prazo razoável para que os consumidores possam quitar suas obrigações financeiras antes da interrupção dos serviços.

Trata-se de medida que fortalece a proteção dos direitos do consumidor, em conformidade com os pilares do Código de Defesa do Consumidor e da legislação sanitária vigente. Além disso, a notificação prévia contribui para a redução de conflitos judiciais e reforça o dever de informação das operadoras, o que enseja um ambiente contratual mais transparente e justo.

A conversão deste Projeto em Lei representa, portanto, um avanço significativo no aprimoramento do marco legal da Saúde Suplementar, motivo pelo qual solicitamos aos Nobres Pares apoio para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2025.

Deputado ROMERO RODRIGUES

CD251479551300

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD251479551300
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Romero Rodrigues

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 4.005, DE 2025

(Do Sr. Aureo Ribeiro)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura de exames laboratoriais solicitados por nutricionistas.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-5881/2019.

Apresentação: 14/08/2025 15:50:54.650 - Mesa
PL n.4005/2025

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N° , DE 2025

(Do Sr. AUREO RIBEIRO)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura de exames laboratoriais solicitados por nutricionistas.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a cobertura de exames laboratoriais solicitados por nutricionistas.

Art. 2º A alínea b do inciso I do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 12. .....

I - .....

.....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; e, no caso de exames laboratoriais necessários à avaliação, prescrição e evolução nutricional, solicitados pelo nutricionista, nos termos da legislação profissional;

....." (NR)

Art. 3º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

CD254783388400

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254783388400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Aureo Ribeiro

Apresentação: 14/08/2025 15:50:54.650 - Mesa
PL n.4005/2025

JUSTIFICAÇÃO

O projeto de lei pretende permitir que nutricionistas solicitem exames laboratoriais necessários à avaliação, prescrição e evolução nutricional, nos termos da legislação profissional.

A prescrição dietoterápica baseada em evidências exige que o nutricionista tenha acesso rápido aos exames laboratoriais que revelam o estado bioquímico individual do paciente. Sem dados de ferritina, vitamina D, B☐☐, perfil lipídico, glicemia, HOMA-IR e marcadores inflamatórios, corre-se o risco de recomendar a mesma dieta tanto a quem apresenta sobrecarga de ferro quanto a quem sofre de anemia, com potencial de agravar ambas as condições. O próprio Manual Prático de Telenutrição, referência do Conselho Federal de Nutricionistas, ressalta que a emissão de requisições de exames faz parte de uma consulta segura, inclusive em atendimentos remotos, e orienta sua transmissão digital com assinatura eletrônica[1].

A dimensão do problema nutricional no Brasil confirma a necessidade de vigilância bioquímica. Dados oficiais mostram que a anemia ferropriva atinge 20,9 % das crianças menores de cinco anos e 29,4 % das mulheres em idade fértil[2]. Ao mesmo tempo, o Vigitel 2023 registrou que 61,4 % dos adultos nas capitais já estão com excesso de peso[3]. Se nada mudar, projeções indicam que a obesidade sozinha consumirá 4,66 % do PIB nacional em 2060[4], valor muito superior ao custo de exames de rastreio solicitados pelo nutricionista.

Os gastos com complicações já são visíveis: entre 2011 e 2019 o SUS arcou com mais de 1,2 milhão de internações por diabetes, com despesas que

[1] CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. *Manual prático de telenutrição*. Brasília: CFN, 2024. 56 p. E-book. Disponível em: https://www.crn3.org.br/arquivos/manual-de-telenutricao-cfnpdf.pdf. Acesso em: 7 ago. 2025. ISBN 978-65-994383-4-9.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. *Anemia ferropriva: deficiência de ferro é um dos fatores que podem estar associados à mortalidade materna*. Brasília, 31 ago. 2022. Disponível em: GOV.BR. Acesso em: 7 ago. 2025.

[3] BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 7 ago. 2025.

[4] https://www.novonordisk.com.br/noticias-e-imprensa/artigos/custos-da-obesidade-para-os-sistemas-de-saude-no-brasil-podem-ch.html?utm_source=chatgpt.com

CD254783388400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254783388400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Aureo Ribeiro

Apresentação: 14/08/2025 15:50:54.650 - Mesa
PL n.4005/2025

ultrapassam 420 milhões de dólares e crescimento proporcionalmente maior entre pacientes jovens[5].

A literatura médica associa diretamente padrões alimentares inadequados a mortalidade prematura: uma análise global atribuiu cerca de 304 mil mortes anuais à ingestão elevada de carnes processadas[6], enquanto um estudo internacional publicado em 2025 mostrou que cada incremento de 10% em ultraprocessados eleva 3% o risco de morte antes dos 75 anos[7]. Conhecer precocemente marcadores metabólicos permite ao nutricionista ajustar a dieta e interromper essa cascata de risco antes que surjam as doenças correspondentes.

Do ponto de vista regulatório, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) coloca a vigilância alimentar e nutricional, com base em dados clínico-laboratoriais, como eixo central da atenção básica[8]. No setor suplementar, porém, o nutricionista ainda depende de um "carimbo" médico para obter exames elementares, criando burocracia, glosas e atraso terapêutico, quando deveria haver a possibilidade de encaminhamento presencial imediato.

A evidência econômica indica que mudar essa lógica é vantajoso. Um estudo de 2024 sobre o National Diabetes Prevention Program demonstrou que intervenções lideradas por dietistas são custo-efetivas, com custo incremental favorável considerando os custos para cada ano de vida saudável adicional proporcionado pela intervenção em comparação ao padrão atual[9]. A métrica utilizada é o QALY (Quality-Adjusted Life Year), em português Ano de Vida Ajustado por

[5] COSTA, L. F.; et al. Time trend and costs of hospitalizations with diabetes mellitus as main diagnosis in the Brazilian National Health System, 2011-2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 4, 2024.

[6] WANG, F.-X.; et al. Global, regional, and national burden of diet high in processed meat from 1990 to 2019. *Frontiers in Nutrition*, v. 11, 2024.

[7] SCHARFO, R.; *et al.* Ultra-processed food increases risk of early death, international study finds. *American Journal of Preventive Medicine*, 2025. Reportado por *The Guardian*, 28 abr. 2025.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. ISBN 978-85-334-1911-7. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2025.

[9] KUO, Shihchen; YE, Wen; WANG, Di; McEWEN, Laura N.; VILLATORO SANTOS, Claudia; HERMAN, William H. Cost-effectiveness of the National Diabetes Prevention Program: a real-world, 2-year prospective study. Diabetes Care, v. 48, n. 7, p. 1180–1188, jul. 2025. Disponível em: https://doi.org/10.2337/dc24-1110. Acesso em: 8 ago. 2025.

CD254783388400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254783388400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Aureo Ribeiro

Apresentação: 14/08/2025 15:50:54.650 - Mesa
PL n.4005/2025

Qualidade. É uma medida que combina quantidade e qualidade de vida em um único número: 1 QALY equivale a 1 ano de vida em saúde perfeita; anos vividos com algum comprometimento recebem um peso entre 0 e 1 (a chamada “utilidade”), de modo que, por exemplo, 2 anos com qualidade de 0,5 = 1 QALY.

Assim, quando um estudo diz que um programa custa US$ 13.761 por QALY, significa que, para cada ano de vida saudável adicional proporcionado pela intervenção em comparação ao padrão atual, o gasto incremental é de US$ 13.761. Esse indicador permite comparar, de forma padronizada, o “valor” de diferentes ações de saúde. E as intervenções nutricionais tem demonstrado excelente custo benefício nos estudos. Sendo assim, a aprovação deste projeto é algo que não implica apenas em custos, mas inclui benefícios econômicos para as empresas do setor.

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral também destaca que a terapia nutricional precoce reduz tempo de internação e complicações, gerando economia líquida ao sistema[10].

Ao reconhecer a competência já prevista na Lei 8 234/1991 e permitir, na Lei 9.656/1998, a cobertura de exames solicitados pelo nutricionista dentro de diretrizes da ANS, o legislador alinhará o setor suplementar à medicina preventiva preconizada pelo SUS, reduzirá consultas duplicadas, favorecerá o uso racional de recursos humanos em regiões com escassez de médicos e potencialmente evitará futuros gastos bilionários com doenças crônicas.

A alteração proposta não amplia escopo profissional: apenas corrige um descompasso que hoje posterga diagnósticos, dificulta a personalização da dieta e onera pacientes, planos de saúde e o próprio Estado. Expostos os motivos, submete-se aos pares o presente projeto de lei para apreciação.

Sala das Sessões, em de de 2025.

Deputado Federal AUREO RIBEIRO
Solidariedade/RJ

[10] SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. A terapia nutricional é custo-efetiva? 24 ago. 2018. Disponível em: <https://www.sbnpe.org.br/post/a-terapia-nutricional-%C3%A9-custo-efetiva?utm_source=chatgpt.com>. Acesso em: 7 ago. 2025.

CD254783388400
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD254783388400
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Aureo Ribeiro

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3junho-1998-353439-normapl.html

PROJETO DE LEI N.º 5.349, DE 2025

(Do Sr. Rafael Fera)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, proibindo o reajuste por faixa etária e regulamentando a inflação apurada como limite para os reajustes dos planos de saúde.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-1970/2020.

Apresentação: 22/10/2025 11:20:10.647 - Mesa
PL n.5349/2025

PROJETO DE LEI Nº , DE 2025

(Do Sr. Rafael Fera)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, proibindo o reajuste por faixa etária e regulamentando a inflação apurada como limite para os reajustes dos planos de saúde.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre a saúde suplementar, para estabelecer regras para os reajustes dos planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 35-N:

> "Art. 35-N. Os reajustes das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, por variação de custos, serão limitados a índice estabelecido anualmente pela ANS.
>
> § 1º O índice previsto no caput deste artigo será válido para todos os tipos de contratação previstos no inciso VII do art. 16 desta Lei.
>
> § 2º Será considerada, como base para cálculo do índice previsto no caput deste artigo a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde.
>
> § 3° É proibido realizar reajuste por faixa etária com índice superior ao apurado no § 2° ".

Art. 3º O § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 35-E. .....

CD252121702100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD252121702100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rafael Fera

Apresentação: 22/10/2025 11:20:10.647 - Mesa
PL n.5349/2025

.....
.

§ 2º. Nos contratos individuais ou coletivos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

....." (NR)

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Mais de 47 milhões de brasileiros e brasileiras dependem de planos privados de assistência à saúde para atendimentos clínicos, realização de exames, internações e cirurgias.

O sistema de saúde suplementar é regulado pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que estabelece limites para os contratos, para garantir que os usuários tenham acesso a cobertura adequada de serviços, sem cláusulas abusivas que inviabilizem sua utilização.

Este Projeto de Lei pretende estabelecer em Lei um regulamento que restrinja os aumentos anuais de planos de assistência privada à saúde, individuais, familiares ou coletivos, tomando como parâmetro principal o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ponderado por subíndices de preços na área de saúde. Determina ainda vedação na aplicação de índices de reajustes por faixa etária, tema que já foi disciplinado pelo STF recentemente, justamente visando evitar aumentos excessivos para os usuários de plano de saúde mais idosos.

A questão dos reajustes dos Planos de Saúde, por variação de custos, que ocorre anualmente, não foi regulamentado ainda. Na atualidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define o índice máximo de

CD252121702100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD252121702100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rafael Fera

Apresentação: 22/10/2025 11:20:10.647 - Mesa
PL n.5349/2025

reajuste anual, com base em diversos fatores relacionados aos aumentos de custos das operadoras de planos de saúde. Este índice tem sido definido sempre em valores acima da inflação pela ANS, muitas vezes em percentuais superior até em 3 vezes da inflação apurada.

Desta forma, pretendemos evitar que os planos de saúde aumentem de valor de forma abusiva, motivo pelo qual pedimos o apoio dos colegas parlamentares.

Sala das Sessões,

Deputado RAFAEL FERA
Podemos /RO

CD252121702100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD252121702100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rafael Fera

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998353439-norma-pl.html

PROJETO DE LEI N.º 5.566, DE 2025

(Do Sr. Marcos Tavares)

Veda a aplicação de reajustes por faixa etária nos planos e seguros privados de assistência à saúde de beneficiários idosos, inclusive nos contratos firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso, assegura a revisão e restituição dos valores pagos indevidamente, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4410/2019.

Apresentação: 30/10/2025 17:17:40.357 - Mesa
PL n.5566/2025

PROJETO DE LEI Nº DE DE 2025

(Do Senhor Marcos Tavares)

Veda a aplicação de reajustes por faixa etária nos planos e seguros privados de assistência à saúde de beneficiários idosos, inclusive nos contratos firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso, assegura a revisão e restituição dos valores pagos indevidamente, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Fica expressamente vedada a aplicação de reajuste por faixa etária nos planos e seguros privados de assistência à saúde de beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, independentemente da data de assinatura do contrato.

Art. 2º O disposto no artigo anterior aplica-se a:

I – contratos firmados antes e depois da entrada em vigor do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003);

II – planos individuais, familiares, coletivos empresariais ou por adesão;

III – planos regulamentados ou não pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 3º Os reajustes de mensalidade deverão observar exclusivamente critérios objetivos de variação de custos e sinistralidade do grupo de beneficiários, devidamente comprovados e autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo vedada qualquer forma de majoração associada à idade do contratante.

Art. 4º Os beneficiários que, após os 60 (sessenta) anos, tenham sofrido aumentos decorrentes de faixa etária, poderão requerer:

I – a revisão do contrato, com adequação imediata do valor da mensalidade;

II – a restituição dos valores pagos indevidamente, corrigidos monetariamente e acrescidos de juros legais, pelo período em que vigorou o reajuste ilegal.

CD255596360100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255596360100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 30/10/2025 17:17:40.357 - Mesa
PL n.5566/2025

Art. 5º As operadoras de planos e seguros de saúde deverão divulgar, de forma clara e ostensiva, em todos os seus canais de comunicação, inclusive digitais, o direito dos beneficiários idosos à manutenção de valores sem aumento por faixa etária, sob pena de multa administrativa.

Art. 6º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará as operadoras e seguradoras às seguintes sanções, sem prejuízo das demais previstas em lei:

I – multa de até R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) por contrato irregular;

II – suspensão temporária da autorização de funcionamento pela ANS;

III – responsabilização civil e administrativa dos gestores da operadora.

Art. 7º Esta Lei não prejudica direitos mais favoráveis reconhecidos judicialmente ou assegurados por decisão administrativa definitiva.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias, especialmente quanto aos critérios de revisão contratual, restituição de valores e fiscalização pela ANS.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em de de 2025.

MARCOS TAVARES
Deputado Federal
PDT-RJ

CD255596360100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255596360100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 30/10/2025 17:17:40.357 - Mesa
PL n.5566/2025

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei Federal tem por finalidade consolidar, no ordenamento jurídico brasileiro, a vedação absoluta de reajustes de planos de saúde por faixa etária para pessoas idosas, em conformidade com o recente entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), que reconheceu que tal prática configura discriminação etária e violação direta ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Em julgamento histórico, o STF decidiu que planos de saúde não podem aumentar mensalidades por idade, nem mesmo nos contratos antigos, firmados antes do Estatuto do Idoso. O Supremo firmou que o art. 15, §3º, do Estatuto do Idoso tem aplicação imediata e universal, por se tratar de norma de ordem pública e de proteção especial, cuja eficácia não depende da data de celebração do contrato.

Antes dessa decisão, milhões de idosos vinham sendo penalizados por simplesmente envelhecer, enfrentando aumentos abusivos que inviabilizavam a manutenção de seus planos, muitas vezes no momento da vida em que mais necessitavam de assistência médica.

De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 6,8 milhões de beneficiários de planos de saúde no Brasil possuem mais de 60 anos, representando aproximadamente 15% do total de usuários. No entanto, são justamente esses consumidores que sofrem com reajustes desproporcionais, chegando a aumentos superiores a 100% em determinados contratos antigos.

Essa distorção afronta não apenas o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), mas também os princípios constitucionais da igualdade (art. 5º, caput), da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e da proteção à velhice (art. 230), que impõem ao Estado e à sociedade o dever de assegurar condições dignas, acessíveis e não discriminatórias ao idoso.

O presente projeto visa, portanto, transformar o precedente judicial do Supremo em norma expressa e vinculante, garantindo segurança jurídica, transparência e proteção efetiva ao consumidor idoso, tanto nos contratos novos quanto nos antigos, eliminando lacunas interpretativas e práticas abusivas.

Além disso, a proposta reforça a competência fiscalizadora da ANS,

CD255596360100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255596360100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 30/10/2025 17:17:40.357 - Mesa
PL n.5566/2025

estabelece mecanismos de restituição automática de valores pagos indevidamente e impõe sanções severas às operadoras que descumprirem a legislação.

A medida está alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 10 (Redução das Desigualdades), promovendo equidade no acesso à saúde e proteção social para a população idosa.

A aprovação desta Lei representa um marco civilizatório na defesa do envelhecimento digno e na consolidação do respeito à pessoa idosa como prioridade nacional — transformando o princípio constitucional da dignidade humana em realidade concreta para milhões de brasileiros.

Sala das Sessões, em de de 2025.

MARCOS TAVARES
Deputado Federal
PDT-RJ

CD255596360100

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255596360100
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:200310-01;10741
LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656

PROJETO DE LEI N.º 5.569, DE 2025

(Do Sr. Marcos Tavares)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar reajustes por faixa etária para beneficiários com 60 anos ou mais, independentemente da data de celebração do contrato, consolidando a proteção da pessoa idosa nas relações de saúde suplementar.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4410/2019.

Apresentação: 30/10/2025 17:28:49.930 - Mesa
PL n.5569/2025

CÂMARA DOS DEPUTADOS

DEPUTADO FEDERAL MARCOS TAVARES

PROJETO DE LEI Nº 157 do Código Penal**, DE** **DE 2025**

(Do Senhor Marcos Tavares)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar reajustes por faixa etária para beneficiários com 60 anos ou mais, independentemente da data de celebração do contrato, consolidando a proteção da pessoa idosa nas relações de saúde suplementar.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O parágrafo único do art. 15 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 15. (...)

Parágrafo único. É vedada a aplicação de reajuste de mensalidade em razão da mudança de faixa etária para beneficiários com 60 (sessenta) anos ou mais, ainda que o contrato tenha sido celebrado antes da vigência do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), considerando-se a norma de caráter cogente e de ordem pública, aplicável a todas as relações contratuais de trato sucessivo.” (NR)

Art. 2º Esta Lei aplica-se a todos os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde, individuais, familiares ou coletivos, firmados antes ou depois da sua vigência, respeitando-se o direito à manutenção dos benefícios já concedidos aos consumidores.

Art. 3º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará as operadoras de planos de saúde às sanções previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998, sem prejuízo das penalidades previstas no Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990) e demais legislações aplicáveis.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de sua publicação, observando as competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CD255120428600

Praça dos Três Poderes - Anexo IV – Gabinete 611 - Câmara dos Deputados - CEP: 70.160-900 – Brasília/DF
Contato: (61) 3215-5611 e-mail: dep.marcostavares@camara.leg.br

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255120428600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 30/10/2025 17:28:49.930 - Mesa
PL n.5569/2025

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei tem por objetivo assegurar, em nível legal, a vedação expressa de reajustes por mudança de faixa etária em planos de saúde de beneficiários com 60 anos ou mais, consolidando o entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no Recurso Extraordinário nº 630.852 (Tema 381 da repercussão geral), julgado em 8 de outubro de 2025. Trata-se de medida de proteção social, segurança jurídica e justiça intergeracional, que reafirma a prevalência da dignidade da pessoa idosa sobre a autonomia contratual e os interesses econômicos das operadoras.

O julgamento do STF representa um divisor de águas na história da saúde suplementar brasileira. Por 7 votos a 2, a Corte consolidou a tese de que é inconstitucional a aplicação de reajustes por faixa etária a consumidores idosos, mesmo em contratos firmados antes da vigência do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). No voto condutor, a Ministra Rosa Weber destacou que o Estatuto é uma norma de ordem pública e de aplicação imediata, alcançando todas as relações jurídicas de trato sucessivo, independentemente da data de sua celebração.

A decisão teve origem em um caso paradigmático do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em que uma consumidora, ao completar 60 anos, teve reajuste significativo em seu plano de saúde contratado em 1999. O Judiciário gaúcho considerou o aumento abusivo, aplicando a proteção do Estatuto do Idoso, e o STF confirmou a tese, reconhecendo que a defesa da pessoa idosa e a proteção à saúde são valores constitucionais que se sobrepõem à rigidez dos pactos contratuais.

Na fundamentação da Corte, prevaleceu a compreensão de que as normas do Estatuto do Idoso possuem natureza cogente, protetiva e de interesse público, devendo incidir sobre contratos de longa duração, como os de saúde suplementar. Tal entendimento harmoniza-se com os arts. 1º, III (dignidade da pessoa humana), 6º (direitos sociais) e 230 (dever do Estado de amparar os idosos) da Constituição Federal, bem como com o art. 421 do Código Civil, que consagra a função social dos contratos.

Com a presente proposição, busca-se incorporar expressamente o entendimento do Supremo Tribunal Federal ao texto da Lei nº 9.656/1998,

CD255120428600

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255120428600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 30/10/2025 17:28:49.930 - Mesa
PL n.5569/2025

conferindo efetividade e estabilidade normativa a um tema que há décadas gera insegurança jurídica, multiplicação de litígios e sofrimento a milhões de consumidores idosos. A ausência de previsão explícita na legislação tem permitido interpretações divergentes por parte das operadoras e da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que perpetua práticas discriminatórias e violações à boa-fé objetiva.

De acordo com a ANS (Relatório 2025), os planos de saúde privados atendem atualmente mais de 51 milhões de brasileiros, dos quais cerca de 9 milhões têm mais de 60 anos. Entre 2019 e 2024, o índice médio de reajuste aplicado a essa faixa etária foi duas vezes superior à inflação acumulada, o que resultou em cancelamentos em massa de contratos e exclusão de idosos do sistema privado de assistência à saúde. Tal cenário contraria o princípio da universalidade e equidade no acesso à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal.

O presente projeto é técnico, inovador e constitucionalmente sólido, pois atua em três eixos principais:

- Proteção do idoso – reafirma a supremacia do Estatuto do Idoso e o caráter de norma de ordem pública das garantias ali previstas;
- Segurança jurídica – transforma a tese firmada pelo STF em regra legal expressa, eliminando divergências interpretativas;
- Equilíbrio contratual e social – impede práticas abusivas, assegurando sustentabilidade ao setor sem sacrificar direitos fundamentais.

Ao coibir reajustes por faixa etária após os 60 anos, o Estado brasileiro cumpre seu dever de amparar a pessoa idosa e promover o envelhecimento digno, conforme determinam a Constituição Federal e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU, notadamente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 10 (Redução das Desigualdades).

Em síntese, este projeto representa a consolidação de uma conquista civilizatória e humanitária: garantir que nenhum idoso seja penalizado financeiramente por viver mais. A idade não pode ser tratada como fator de exclusão ou encargo econômico, mas sim como etapa digna de respeito, proteção e solidariedade.

Assim, propõe-se a aprovação deste Projeto de Lei, que transforma em

CD255120428600

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255120428600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 30/10/2025 17:28:49.930 - Mesa
PL n.5569/2025

norma permanente o entendimento consolidado pelo Supremo Tribunal Federal, conferindo justiça, previsibilidade e proteção efetiva aos consumidores idosos em todo o território nacional.

Sala das Sessões, em de de 2025.

MARCOS TAVARES
Deputado Federal
PDT-RJ

CD255120428600

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD255120428600
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998353439-norma-pl.html
LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro2003-497511-norma-pl.html
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro1990-365093-norma-pl.html

PROJETO DE LEI N.º 5.632, DE 2025

(Do Sr. Marcos Tavares)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de cobertura, pelos planos e seguros privados de assistência à saúde, do procedimento de criopreservação de óvulos e tecidos ovarianos em mulheres diagnosticadas com câncer e submetidas a tratamentos que possam comprometer a fertilidade, e dá outras providências.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-603/2024.

Apresentação: 04/11/2025 15:48:19.320 - Mesa
PL n.5632/2025

PROJETO DE LEI Nº DE DE 2025

(Do Senhor Marcos Tavares)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de cobertura, pelos planos e seguros privados de assistência à saúde, do procedimento de criopreservação de óvulos e tecidos ovarianos em mulheres diagnosticadas com câncer e submetidas a tratamentos que possam comprometer a fertilidade, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Ficam as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde obrigadas a custear, de forma integral, o procedimento de criopreservação de óvulos e tecidos ovarianos de mulheres diagnosticadas com câncer e que serão submetidas a tratamento médico que possa comprometer sua fertilidade, como quimioterapia, radioterapia ou cirurgias ablativas.

§1º O custeio do procedimento incluirá todas as etapas médicas e laboratoriais necessárias à preservação da fertilidade, compreendendo:

I – avaliação médica e hormonal prévia;

II – estimulação ovariana controlada;

III – punção folicular e coleta de óvulos;

IV – congelamento e armazenamento do material biológico pelo período mínimo de 5 (cinco) anos, renovável por igual prazo mediante solicitação da paciente.

§2º A cobertura de que trata o caput deverá ser garantida mediante prescrição médica fundamentada, com comprovação de que o tratamento oncológico apresenta potencial risco de infertilidade.

§3º A obrigação prevista nesta Lei não se limita à fase ativa do tratamento, devendo ser garantida também em caráter preventivo, antes do início do protocolo terapêutico.

Art. 2º É vedada a imposição de carência, coparticipação ou limitação contratual ao custeio dos procedimentos de preservação da fertilidade previstos nesta Lei, quando decorrentes de diagnóstico oncológico.

CD250582716800

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD250582716800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 04/11/2025 15:48:19.320 - Mesa
PL n.5632/2025

Art. 3º As operadoras de planos de saúde deverão assegurar a cobertura dos procedimentos referidos no art. 1º em clínicas e centros de reprodução humana devidamente registrados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e credenciados à rede assistencial da operadora.

Art. 4º A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias, incluindo a criopreservação oncológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, bem como estabelecerá critérios técnicos e protocolos de autorização.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará a operadora às sanções previstas na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais normas aplicáveis, sem prejuízo da reparação integral dos danos causados à beneficiária.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em de de 2025.

MARCOS TAVARES
Deputado Federal
PDT-RJ

CD250582716800

Praça dos Três Poderes - Anexo IV – Gabinete 611 - Câmara dos Deputados - CEP: 70.160-900 – Brasília/DF
Contato: (61) 3215-5611 e-mail: dep.marcostavares@camara.leg.br

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD250582716800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 04/11/2025 15:48:19.320 - Mesa
PL n.5632/2025

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei Federal tem como finalidade assegurar às mulheres em tratamento oncológico o direito à preservação de sua fertilidade por meio do congelamento de óvulos e tecidos ovarianos, estabelecendo a obrigatoriedade de cobertura integral desse procedimento pelos planos de saúde. Trata-se de uma medida que reafirma os direitos fundamentais à dignidade da pessoa humana, à saúde, à autonomia corporal e à maternidade futura.

Os tratamentos contra o câncer, notadamente a quimioterapia e a radioterapia pélvica, provocam efeitos colaterais severos sobre o sistema reprodutivo feminino, podendo causar infertilidade irreversível. O avanço das técnicas de reprodução assistida permite hoje preservar a função reprodutiva antes do início da terapia, mediante o congelamento de óvulos ou tecidos ovarianos — procedimento conhecido como criopreservação oncológica preventiva.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC nº 23/2011, já regulamenta o armazenamento e a manipulação de material genético humano para fins reprodutivos, reconhecendo a segurança e eficácia do método. No entanto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ainda não inclui a criopreservação oncológica entre os procedimentos obrigatórios do Rol de Cobertura, deixando milhares de pacientes sem acesso, especialmente as de menor poder aquisitivo.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2024), cerca de 70 mil mulheres em idade fértil recebem diagnóstico de câncer por ano no Brasil. Destas, aproximadamente 40% necessitam de terapias potencialmente esterilizantes. O custo médio do procedimento de congelamento de óvulos gira em torno de R$ 12 mil a R$ 18 mil, valor inacessível para a maioria das famílias brasileiras, o que evidencia a urgência da inclusão obrigatória na cobertura dos planos de saúde.

Do ponto de vista constitucional, a proposta encontra respaldo nos arts. 1º, III (dignidade da pessoa humana), 6º (direito à saúde) e 196 (dever do Estado de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde) da Constituição Federal de 1988, bem como na Lei nº 9.656/1998, que regula os

CD250582716800

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD250582716800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

Apresentação: 04/11/2025 15:48:19.320 - Mesa
PL n.5632/2025

planos privados de assistência à saúde e estabelece como dever das operadoras a cobertura dos procedimentos essenciais à preservação da vida e da integridade física e psíquica do beneficiário.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 2.320/2022, reconhece expressamente a criopreservação como medida de prevenção da infertilidade em pacientes submetidas a tratamentos médicos de risco, reforçando seu caráter ético e terapêutico.

A bioética contemporânea sustenta que o direito reprodutivo e a autonomia da mulher sobre seu corpo se estendem à possibilidade de planejar a maternidade após a superação da doença, sendo a criopreservação parte do cuidado integral com a saúde. Negar esse direito seria violar os princípios da justiça e da equidade, especialmente considerando que os homens já dispõem, há décadas, da cobertura obrigatória para criopreservação de sêmen em situações análogas.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm reconhecido, em decisões recentes, a obrigatoriedade de custeio do congelamento de óvulos quando houver indicação médica e risco comprovado de infertilidade decorrente do tratamento oncológico (REsp nº 1.889.408/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi).

Além disso, países como Portugal, França, Canadá e Estados Unidos já possuem regulamentações específicas que garantem o direito à preservação da fertilidade em pacientes oncológicos, tratando o procedimento como parte do tratamento integral contra o câncer.

Portanto, a presente proposição é robusta, técnica e constitucionalmente segura, buscando harmonizar a legislação brasileira com os princípios internacionais de saúde reprodutiva e dignidade humana. A obrigatoriedade da cobertura do congelamento de óvulos em casos de câncer é não apenas uma medida médica, mas um ato de justiça, empatia e equidade de gênero, assegurando que as mulheres brasileiras possam preservar o sonho da maternidade mesmo diante da adversidade da doença.

Sala das Sessões, em de de 2025.

CD250582716800

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD250582716800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

MARCOS TAVARES
Deputado Federal
PDT-RJ

Apresentação: 04/11/2025 15:48:19.320 - Mesa
PL n.5632/2025

CD250582716800

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD250582716800
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Marcos Tavares

CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO – CEDI
Coordenação de Organização da Informação Legislativa – CELEG

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho1998-353439-norma-pl.html

PROJETO DE LEI N.º 5.703, DE 2025

(Do Sr. Rubens Pereira Júnior)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para vedar reajuste para os beneficiários acometidos por doenças que isentam do Imposto de Renda e reajuste por faixa etária para os beneficiários maiores de 60 anos.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL 4410/2019.

Apresentação: 05/11/2025 16:53:58.377 - Mesa
PL n.5703/2025

PROJETO DE LEI Nº , DE 2025.
(Do Sr. Rubens Pereira Júnior)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para vedar reajuste para os beneficiários acometidos por doenças que isentam do Imposto de Renda e reajuste por faixa etária para os beneficiários maiores de 60 anos.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde", para vedar reajuste para os beneficiários acometidos por doenças que isentam do Imposto de Renda e reajuste por faixa etária para os beneficiários maiores de 60 anos.

Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 15.....

Parágrafo único. É defeso o reajuste do valor da mensalidade em razão da mudança de faixa etária para beneficiários maiores de 60 (sessenta) anos, ainda que o contrato tenha sido celebrado antes da vigência da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003." (NR)

"Art. 17-A.....

.....

§3º-A É defeso o reajuste do valor da mensalidade aos beneficiários acometidos pelas doenças previstas no art. 6º, Inciso XIV da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988.

....."

CD257063530900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD257063530900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rubens Pereira Júnior

Apresentação: 05/11/2025 16:53:58.377 - Mesa
PL n.5703/2025

Art. 3º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde às sanções administrativas, civis e criminais previstas em lei.

Art. 4º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação, observadas as competências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei visa a vedar reajuste para os beneficiários acometidos por doenças que isentam do Imposto de Renda e reajuste por faixa etária para os beneficiários maiores de 60 anos.

A primeira providência, que veda reajuste dos planos e seguros de saúde para pessoas acometidas por doenças graves, encontra sólido amparo nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da solidariedade social e do direito fundamental à saúde, previstos em vários pontos da Constituição Federal.

É preciso reconhecer que tais doenças — como câncer, cardiopatias graves, esclerose múltipla, HIV, entre outras — colocam o indivíduo em situação de extrema vulnerabilidade física, emocional e financeira. Essas pessoas frequentemente necessitam de tratamento contínuo, medicamentos de alto custo e acompanhamento médico permanente, o que já representa uma carga econômica significativa. Assim, permitir a promoção de reajustes em razão dessas condições equivaleria a penalizar o doente por sua própria enfermidade.

Sob a ótica da função social dos contratos, os planos e seguros de saúde não podem ser tratados apenas como relações mercadológicas. Eles envolvem uma

CD257063530900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD257063530900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rubens Pereira Júnior

Apresentação: 05/11/2025 16:53:58.377 - Mesa
PL n.5703/2025

finalidade pública relevante: a proteção da vida e da integridade física. Assim, é incompatível com essa função o aumento de mensalidades ou prêmios em razão da condição de saúde do beneficiário. Tal prática caracterizaria uma segregação econômica, na qual o acesso à saúde suplementar se tornaria inviável justamente para quem mais precisa dela.

Do ponto de vista econômico e social, a vedação de reajuste para esses grupos também é medida de justiça distributiva. A isenção do Imposto de Renda concedida aos portadores de doenças graves é uma política de compensação pela perda de capacidade laboral e pelo aumento dos gastos com saúde. Permitir reajustes nos planos e seguros de saúde anula, na prática, o efeito protetivo dessa política fiscal.

Outro ponto relevante é o princípio da solidariedade, que orienta o sistema de saúde brasileiro (art. 194 da CF). A mutualidade é base técnica e ética dos planos de saúde: todos contribuem para formar um fundo que deve garantir cobertura igualitária, independentemente do estado de saúde individual.

Ademais, sob o prisma humanitário, a vedação de reajuste tem um caráter civilizatório. A doença grave não pode ser vista como oportunidade de lucro, mas como momento em que o Estado, a sociedade e as instituições privadas devem atuar de forma mais protetiva. A manutenção de preços justos e estáveis nos planos de saúde para essas pessoas é, portanto, uma manifestação concreta da solidariedade social e do compromisso coletivo com o bem-estar e a dignidade de todos os cidadãos.

A segunda medida, que proíbe reajuste por mudança de faixa etária de beneficiários maiores de 60 anos, incorpora à Lei o entendimento firmado pelo STF no julgamento do Recurso Extraordinário nº 630.852 (Tema 381 de Repercussão Geral). A Corte fixou que é inconstitucional aplicar reajustes por idade a consumidores idosos, ainda que o contrato tenha sido firmado antes do Estatuto do Idoso, e reconheceu que o referido Estatuto é norma de ordem pública que deve alcançar todas as relações jurídicas continuadas.

CD257063530900
Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD257063530900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rubens Pereira Júnior

Apresentação: 05/11/2025 16:53:58.377 - Mesa
PL n.5703/2025

Assim, por entendermos ser a presente proposição deveras relevante e significativa é que submetemos a mesma a ínclita apreciação de Vossas Excelências e pugnamos por seu reconhecimento e consequente aprovação.

Sala das Sessões, 05 de novembro de 2025.

RUBENS PEREIRA JÚNIOR

Deputado Federal

CD257063530900

Para verificar a assinatura, acesse https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD257063530900
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Rubens Pereira Júnior

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:199806-03;9656
LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:200310-01;10741
LEI Nº 7.713, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1988	https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:198812-22;7713

FIM DO DOCUMENTO