



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.906, DE 2025

(Do Sr. Duda Ramos)

Assegura aos beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde o direito de receber decisão fundamentada em caso de negativa de cobertura pelas operadoras, e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL 1159/2025.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Duda Ramos - MDB/RR

PROJETO DE LEI Nº , DE 2025

(Do Sr. DUDA RAMOS)

Assegura aos beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde o direito de receber decisão fundamentada em caso de negativa de cobertura pelas operadoras, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde ficam obrigadas a fornecer decisão fundamentada sempre que houver negativa total ou parcial de cobertura, autorização, procedimento, exame, tratamento, internação ou medicamento solicitado pelo beneficiário ou por seu representante legal.

Art. 2º A decisão de que trata esta Lei deverá conter, no mínimo:

I – motivação clara, objetiva e individualizada, com indicação expressa da cláusula contratual ou normativa que justifique a negativa;

II – fundamentação técnica, quando aplicável, demonstrando as razões clínicas, assistenciais ou administrativas utilizadas pela operadora;

III – nome, matrícula, registro profissional e assinatura (física ou eletrônica) do responsável pela análise;

IV – informações sobre meios de contestação, incluindo canais de atendimento, prazos e procedimentos para recurso administrativo;

V – orientações sobre direitos do consumidor, inclusive sobre a possibilidade de solicitar revisão urgente nos casos graves, nos termos da legislação e das normas da ANS.



Art. 3º A decisão fundamentada deverá ser disponibilizada ao beneficiário:

- I – imediatamente, nas hipóteses de urgência e emergência;
- II – no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas nas demais situações.

Parágrafo único. A decisão deverá ser enviada por meio gratuito e acessível, inclusive por e-mail, SMS, aplicativo, protocolo eletrônico ou documento físico, conforme preferência do beneficiário.

Art. 4º É vedada a negativa sem fundamentação adequada, bem como a simples reprodução de trechos genéricos de contrato, pareceres ou protocolos que não se relacionem diretamente ao caso analisado.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará a operadora, sem prejuízo das demais sanções previstas na legislação e nas normas da ANS, às seguintes penalidades:

- I – advertência;
- II – multa de até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), conforme gravidade, reincidência e dano ao consumidor;
- III – suspensão temporária da comercialização de novos planos, nos casos de reiterado descumprimento;
- IV – responsabilização civil e administrativa nos termos da legislação aplicável.

Art. 6º Nos casos de urgência e emergência, a ausência de fundamentação adequada ou negativa injustificada de cobertura presume-se abusiva, nos termos do Código de Defesa do Consumidor.

Art. 7º Caberá à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentar esta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, definindo padrões mínimos de fundamentação, indicadores de transparência, mecanismos de fiscalização e formas de recebimento pelas operadoras.



Art. 8º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição tem por finalidade assegurar aos beneficiários de planos e seguros privados de assistência à saúde o direito de receber decisão fundamentada sempre que houver negativa total ou parcial de cobertura pelas operadoras. A medida busca aperfeiçoar a transparência e a proteção do consumidor em um setor caracterizado por forte assimetria de informação e elevado índice de reclamações relacionadas à recusa de procedimentos, exames, internações e tratamentos. A Constituição Federal, em seu art. 5º, XXXII, estabelece que o Estado promoverá a defesa do consumidor, enquanto o art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor disciplina como direito básico a informação adequada e clara sobre produtos e serviços. A saúde suplementar, regulada pela Lei nº 9.656/1998, constitui atividade de relevância pública e está sujeita à atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a qual, embora disponha de normas infralegais sobre prazos e controle de reclamações, não possui previsão legal específica que imponha a fundamentação individualizada das negativas de cobertura.

Dados da ANS indicam que as negativas de cobertura estão entre os principais motivos de reclamação dos usuários, compondo parcela significativa das Notificações de Intermediação Preliminar (NIP), mecanismo utilizado pela agência para monitorar a garantia de atendimento. A ausência de motivação clara por parte das operadoras dificulta a atuação do consumidor, limita o exercício do direito de contestação e restringe a eficácia da supervisão regulatória. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, consolidada na Súmula 608, reconhece a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde e reforça a necessidade de análise individualizada da razoabilidade das restrições assistenciais. A exigência de



fundamentação adequada permite identificar se a negativa é compatível com o contrato e com a legislação, além de oferecer base objetiva para eventual revisão administrativa ou judicial.

Nesse contexto, o projeto estabelece parâmetros mínimos para a decisão de negativa, como a indicação da cláusula contratual ou normativa aplicada, a justificativa técnica quando pertinente, a identificação do responsável pela análise e a orientação sobre meios de contestação disponíveis. Também diferencia os prazos para resposta, garantindo imediatidade em casos de urgência ou emergência, e veda o uso de respostas genéricas ou padronizadas que não considerem as especificidades do caso concreto. A proposta, portanto, contribui para aumentar a segurança jurídica, qualificar a relação entre consumidores e operadoras e reduzir litígios desnecessários, ao assegurar que o beneficiário receba informação clara, completa e acessível sobre as razões que motivaram a negativa.

Diante do exposto, a aprovação da matéria representa avanço relevante para a proteção dos usuários de planos e seguros de saúde, harmonizando o marco legal com a jurisprudência consolidada, fortalecendo mecanismos de transparência e contribuindo para o aperfeiçoamento regulatório do setor.

Sala das Sessões, em 2025.

Deputado DUDA RAMOS

