



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal AMOM MANDEL – REPUBLICANOS/AM

PROJETO DE LEI Nº , DE 2026
(Do Sr. AMOM MANDEL)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer regras de transparência, justificativa obrigatória de negativas, limites de reajuste, prazos máximos de autorização de procedimentos e portabilidade imediata entre planos de saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte alteração:

“Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura de doenças e lesões preexistentes após o prazo máximo de 12 (doze) meses da contratação do plano de assistência à saúde, cabendo à operadora o ônus da prova do conhecimento prévio do consumidor, facultada a instituição de cobertura parcial temporária durante o referido período.” (NR)

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 – Brasília-DF
Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD269594660400>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amom Mandel

Apresentação: 17/07/2026 18:22:33.843 - Mes

PL n.4246/2026





Art. 2º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 12-A, 12-B, 13-A, 13-B e 35-N:

“Art. 12-A. A operadora de plano de assistência à saúde deverá fornecer a guia ou autorização formal para procedimentos classificados como urgentes ou emergentes no prazo máximo de 2 (duas) horas, contado do recebimento da solicitação médica.

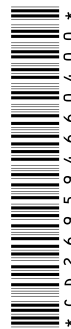
§ 1º Considera-se urgente ou emergente o procedimento que se enquadre nas hipóteses previstas no art. 35-C desta Lei, cuja demora possa implicar risco imediato à vida, à integridade física ou ao agravamento significativo do quadro clínico do paciente.

§ 2º O descumprimento do prazo previsto no caput sujeitará a operadora à multa diária automática, fixada e aplicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sem prejuízo da obrigação de cobertura imediata e de eventual responsabilização civil.”

“Art. 12-B. Toda negativa de cobertura de procedimento, exame ou tratamento deverá ser acompanhada de justificativa detalhada, em linguagem clara e acessível, contendo:

I – indicação expressa do dispositivo legal, regulamentar ou contratual utilizado como fundamento técnico;

II – parecer emitido por profissional de saúde habilitado, com identificação legível e número de registro no respectivo conselho profissional;





III – informações sobre o procedimento de reapreciação da decisão na Ouvidoria da operadora, inclusive com indicação do prazo e canais para envio de relatório médico complementar pelo beneficiário.

§ 1º A justificativa formalizada de que trata o caput deverá ser enviada ao beneficiário por meio eletrônico ou físico em até 24 (vinte e quatro) horas após a emissão da negativa de cobertura.

§ 2º A ausência ou a inadequação da justificativa nos termos deste artigo implica a nulidade da negativa de cobertura, restando a operadora obrigada ao custeio integral do procedimento solicitado.”

(...)

“Art. 13-A. Fica vedada a aplicação de novos períodos de carência na hipótese de portabilidade de carências entre planos de saúde, desde que o beneficiário tenha cumprido o prazo mínimo de permanência de 1 (um) ano no plano de origem e esteja adimplente com suas mensalidades.

Parágrafo único. A operadora receptora não poderá recusar a portabilidade de que trata o caput sob alegação de doença ou lesão preexistente, tampouco impor restrições de cobertura decorrentes desta natureza jurídica.”

“Art. 13-B. Após 1 (um) ano de vigência efetiva do contrato, fica proibida qualquer limitação, exclusão, restrição de cobertura ou





aplicação de cobertura parcial temporária relacionada a doença ou lesão preexistente indicada no momento da contratação.

Parágrafo único. É nula de pleno direito qualquer cláusula contratual ou disposição administrativa em sentido contrário.”

(...)

“Art. 35-N. Os reajustes anuais ou por mudança de faixa etária incidentes sobre os contratos de planos privados de assistência à saúde deverão observar:

I – limite máximo equivalente ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) acumulado nos 12 (doze) meses anteriores ao reajuste; e

II – acréscimo correspondente à variação de custos médico-hospitalares da respectiva carteira, desde que comprovadamente justificados, auditáveis e previamente cancelados pelo órgão regulador, em respeito ao equilíbrio econômico-financeiro e à preservação do mutualismo contratual.

§ 1º A operadora deverá disponibilizar ao beneficiário e à ANS relatório detalhado das despesas médico-hospitalares utilizadas como fundamento para o acréscimo de que trata o inciso II do caput, especificando a metodologia de cálculo, a evolução real dos custos e os critérios atuariais aplicados.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal **AMOM MANDEL** – REPUBLICANOS/AM

Apresentação: 17/07/2026 18:22:33.843 - Mes

PL n. 4246/2026

§ 2º O relatório técnico circunstanciado deverá ser divulgado ao consumidor com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de aplicação do reajuste.

§ 3º A ANS estabelecerá os padrões mínimos, as métricas de sinistralidade admissíveis e os critérios de auditoria independente obrigatória para a validação das despesas de que trata este artigo.”

Art. 3º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição tem por objetivo aperfeiçoar o regime jurídico da saúde suplementar mediante o fortalecimento da transparência, da proteção do consumidor, da previsibilidade contratual e da efetividade do acesso à assistência à saúde, observadas as competências regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os princípios constitucionais que regem a ordem econômica e a defesa do consumidor.

Embora a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, tenha representado importante marco regulatório do setor, a experiência acumulada ao longo de mais de

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 – Brasília-DF
Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD269594660400>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amom Mandel





duas décadas de sua vigência evidencia a necessidade de aperfeiçoamentos voltados à redução da assimetria informacional existente entre operadoras e beneficiários, especialmente no que se refere às negativas de cobertura, aos processos de autorização assistencial, à portabilidade de carências e aos critérios de reajuste contratual.

Um dos principais fatores de judicialização da saúde suplementar decorre da ausência de informações claras e completas acerca dos motivos que fundamentam negativas de cobertura. Em muitos casos, os consumidores recebem comunicações genéricas ou insuficientes, dificultando o exercício do contraditório administrativo e a eventual revisão da decisão. O fortalecimento da obrigação de motivação técnica e jurídica das negativas contribui para a transparência das relações contratuais, reduz conflitos e promove maior segurança jurídica para todas as partes envolvidas.

Da mesma forma, a definição legal de parâmetros mínimos para a autorização de procedimentos classificados como urgentes busca assegurar maior efetividade ao direito fundamental à saúde previsto nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal. A proposta foi estruturada de forma compatível com os mecanismos já existentes na legislação e na regulamentação da ANS, especialmente aqueles relacionados à garantia de cobertura dos casos de urgência e emergência e aos prazos máximos de atendimento assistencial.

No tocante à portabilidade, a proposta busca ampliar a mobilidade do consumidor dentro do mercado de saúde suplementar, estimulando a concorrência e reduzindo barreiras excessivas à mudança de operadora. Todavia, preserva-se a necessidade de observância dos critérios técnicos indispensáveis à sustentabilidade do sistema, em consonância com a regulamentação da ANS e com os princípios atuariais que asseguram o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos.





A proposição também aperfeiçoa o tratamento jurídico das doenças e lesões preexistentes, promovendo maior segurança ao beneficiário após longo período de vigência contratual. Busca-se reduzir controvérsias interpretativas e fortalecer a previsibilidade das relações contratuais, sem afastar os mecanismos legalmente previstos para proteção do equilíbrio do sistema mutualista de saúde suplementar.

No que se refere aos reajustes, a iniciativa pretende ampliar a transparência dos critérios utilizados pelas operadoras, assegurando ao consumidor acesso prévio às informações que embasam a recomposição dos valores contratuais. A divulgação de metodologia, parâmetros atuariais e evolução dos custos assistenciais fortalece o controle social, aprimora a atuação regulatória da ANS e contribui para maior confiança no mercado de saúde suplementar.

A proposta encontra fundamento nos arts. 5º, inciso XXXII, 6º, 170, inciso V, e 196 da Constituição Federal, que consagram, respectivamente, a defesa do consumidor, o direito social à saúde, a proteção da ordem econômica orientada pela defesa do consumidor e o dever estatal de assegurar o acesso às ações e serviços de saúde.

Além disso, a iniciativa observa a importância da livre iniciativa e da sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, reconhecendo que a proteção do consumidor deve coexistir com a estabilidade regulatória necessária à continuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde. O objetivo do projeto não é substituir a atividade regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mas estabelecer diretrizes legais que reforcem a transparência, a previsibilidade e a proteção dos beneficiários.

Ao aperfeiçoar os mecanismos de informação, reduzir barreiras injustificadas ao exercício de direitos e fortalecer a fiscalização regulatória, a presente proposição contribui para a redução da judicialização, para o aumento da concorrência





CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Deputado Federal **AMOM MANDEL – REPUBLICANOS/AM**

saudável no setor e para a construção de um ambiente mais equilibrado entre consumidores e operadoras.

Diante da relevância social da matéria e da necessidade de contínuo aperfeiçoamento do sistema de saúde suplementar brasileiro, submetemos a presente proposição à apreciação dos Nobres Parlamentares, confiantes em sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2026.

Deputado AMOM MANDEL
(REPUBLICANOS/AM)

Câmara dos Deputados | Anexo IV Gabinete 760 | – CEP: 70160-900 – Brasília-DF
Tel (61) 3215-5760 | dep.amommandel@camara.leg.br



Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD269594660400>
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Amom Mandel

