

## **COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

### **PROJETO DE LEI Nº 4.076, DE 2001**

(Apenas os Projetos de Lei nº 4.078, de 2001; PL nº 4.367, de 2001; PL nº 4.469, de 2001; PL nº 4.570, de 2001; PL nº 4.844, de 2001; PL nº 7.267, de 2002; PL nº 7.389, de 2002; PL nº 71, de 2003; PL nº 156, de 2003; PL nº 311, de 2003; PL nº 1.349, de 2003; PL nº 1.603, de 2003; PL nº 1.777, de 2003; PL nº 2.474, de 2003; PL nº 2.934, de 2004; PL nº 3.058, de 2004; PL nº 3.940, de 2004; PL nº 4.075, de 2004; PL nº 4.632, de 2004; PL nº 6.510, de 2006; PL nº 7.600, de 2006; PL nº 582, de 2007; PL nº 756, de 2007; PL nº 1.942, de 2007; PL nº 2.901, de 2008; PL nº 4.393, de 2008; PL nº 5.024, de 2009 e PL nº 5.143, de 2009)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” incluindo os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor.

**Autor:** Deputado **HENRIQUE FONTANA**  
**Relator:** Deputado **CEZAR SILVESTRI**

### **COMPLEMENTAÇÃO DE VOTO**

Em reunião da Comissão de Defesa do Consumidor, realizada hoje, acatei as sugestões dos nobres Deputados Dr. Nechar, Celso Russomanno, Dimas Ramalho e Vinícius Carvalho, e fiz algumas outras adaptações que me foram sugeridas anteriormente.

Nos artigos a seguir, da Lei 9.656/2008, alterados pelo art. 2º do substitutivo que apresentei ao Projeto de Lei nº 4.076/2001, fiz as seguintes alterações:

No art. 10, incluí, por sugestão do Dep. Dr. Nechar, o inciso V que excetua das obrigações das operadoras o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses aos seus usuários quando parte dos tratamentos.

No art. 11, ampliei de 12 (doze) para 18 (dezoito) meses o prazo de carência para doenças e lesões pré-existentes, por sugestão dos Deputados Vinicius Carvalho e Dr. Nechar.

No art. 12, inciso II, alínea “a”, alterei a redação do dispositivo para deixar claro que as internações domiciliares terão sempre de ser indicadas pelo médico assistente.

No art. 13, inciso II, incluí a exigência de aviso de recebimento – AR quando da notificação ao consumidor pela operadora nos casos de fraude ou de não pagamento da mensalidade. A sugestão acatada partiu do Dep. Celso Russomanno.

Ainda no art. 13, foi incluído o §2º estabelecendo que, no caso dos planos coletivos, os contratos poderão ter vigência mínima inferior a um ano.

No art. 16, além da alteração, no §2º, do prazo para entrega dos documentos solicitados de 30 (trinta) para 15 (quinze) dias, houve a inclusão do §3º, que estabelece que os beneficiários dos planos coletivos poderão exigir cópia do capítulo do contrato que tratar dos direitos e obrigações mútuos, a ser entregue no mesmo prazo.

No artigo 3º do substitutivo, que criou dispositivos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, foram feitas alterações nos seguintes artigos:

No art. 11-A, acrescentei a expressão “pela rede prestadora de serviços dos Planos de Saúde”, para que fique clara a vedação da

exigência de caução aos beneficiários de planos de saúde pelos hospitais e clínicas credenciados.

No §2º do art. 13-A, alterei de 12 (doze) para 18 (dezoito) meses o prazo de carência para o exercício do direito de portabilidade entre operadoras diferentes, por sugestão do Dep. Dr. Nechar.

No art. 15-A, inseri o § 4º, por sugestão do Dep. Dimas Ramalho, que inclui nas regras de reajustes propostas para os planos individuais os beneficiários que, no momento da entrada em vigor das normas elaboradas pela ANS, tenham idade inferior à idade mínima da antepenúltima faixa etária.

No art. 35-N, por sugestão do Dep. Celso Russomanno, foi aumentada de 1 (um) para 2 (dois) anos a pena de reclusão mínima nos casos de crimes que induzam o beneficiário a adquirir produto que possa ser confundido com planos de saúde.

O art. 5º do substitutivo alterou o art. 36 da Lei 9.656/98, incluindo parágrafo único para estabelecer que eventuais abusos nos reajustes das mensalidades dos planos de saúde deverão ser coibidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Diante do exposto, somos pela **APROVAÇÃO** dos Projetos de Lei nº 4.076, de 2001; nº 4.078, de 2001; nº 4.367, de 2001; nº 4.469, de 2001; nº 4.570, de 2001; nº 4.844, de 2001; nº 71, de 2003; nº 311, de 2003; nº 1.349, de 2003; nº 1.603, de 2003; nº 1.777, de 2003; nº 2.934, de 2004; nº 3.940, de 2004; nº 7.600, de 2006; nº 756, de 2007 e nº 4.393, de 2008, na forma do novo Substitutivo ora apresentado e pela **REJEIÇÃO** dos Projetos de Lei nº 7.267, de 2002; nº 7.389, de 2002; nº 156, de 2003; nº 2.474, de 2003; nº 3.058, de 2004; nº 4.075, de 2004; nº 4.632, de 2004; nº 6.510, de 2006; nº 582, de 2007; nº 1.942, de 2007; nº 2.901, de 2008 e nº 5.024, de 2009 e 5.143, de 2009.

Sala da Comissão, em 28 de outubro de 2009.

Deputado **CEZAR SILVESTRI**  
**PPS/PR**

## **COMISSÃO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

### **SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI N° 4.076, DE 2001**

(Apenas os Projetos de Lei nº 4.078, de 2001; PL nº 4.367, de 2001; PL nº 4.469, de 2001; PL nº 4.570, de 2001; PL nº 4.844, de 2001; PL nº 7.267, de 2002; PL nº 7.389, de 2002; PL nº 71, de 2003; PL nº 156, de 2003; PL nº 311, de 2003; PL nº 1.349, de 2003; PL nº 1.603, de 2003; PL nº 1.777, de 2003; PL nº 2.474, de 2003; PL nº 2.934, de 2004; PL nº 3.058, de 2004; PL nº 3.940, de 2004; PL nº 4.075, de 2004; PL nº 4.632, de 2004; PL nº 6.510, de 2006; PL nº 7.600, de 2006; PL nº 582, de 2007; PL nº 756, de 2007; PL nº 1.942, de 2007; PL nº 2.901, de 2008; PL nº 4.393, de 2008; PL nº 5.024, de 2009 e PL nº 5.143, de 2009)

Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” incluindo os procedimentos preventivos no rol dos serviços a serem oferecidos pelas empresas do setor.

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 nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam 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:

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 beneficiário;

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, 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, federais, estaduais e municipais que operem planos de assistência à saúde.”

.....

§ 4º .....”(NR)

“Art. 10. Fica 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:

§ 4º .....”( NR)

V – fornecimento de medicamentos e materiais, inclusive de órtese, prótese e síntese, importados não nacionalizados.

“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 dezoito meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do beneficiário, titular e 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 V deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

.....

II – quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, inclusive nas modalidades de hospital-dia e internação domiciliar, indicadas pelo médico assistente, 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;

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;

f) cobertura de despesas de acompanhante com estadia e alimentação no estabelecimento de internação do beneficiário, no caso de paciente menor de dezoito anos ou maior de sessenta anos, quando não houver contra-indicação do médico assistente;

III – quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) 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 trinta dias do nascimento ou 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 ambulatoriais e sem anestesia geral;

V – quando incluir assistência farmacêutica:

a) oferta, contratação ou vigência associada, obrigatoriamente, a, pelo menos, uma das segmentações previstas nos incisos I, II e III deste artigo ou ao plano-referência de assistência à saúde de que trata o art. 10 desta Lei;

b) cobertura de despesas com medicamentos para uso domiciliar, prescritos pelo médico assistente;

VI – quando fixar prazos 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, após o qual deve ser garantida

assistência, respeitada a segmentação contratada, observado o disposto no art. 35-C desta Lei;

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 dezoito anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário 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 tratadas neste 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 beneficiário, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (NR)”

“Art. 13.....

§ 1º Os produtos de que trata o caput terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, 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, por aviso de recebimento – AR, até o quinquagésimo dia de inadimplência.

III - Em qualquer hipótese é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato durante a ocorrência de internação do titular ou do dependente.”

§ 2º - Nos casos dos planos coletivos, os produtos de que trata o caput poderão ter vigência mínima inferior a um ano.

“Art. 15 .....

§1º É vedada a variação a que alude o caput para beneficiários com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.

§2º É vedada a variação a que alude o caput para beneficiários aposentados por invalidez permanente, que participarem há mais de vinte anos dos produtos que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.”

“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 beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar, farmacêutica e odontológica;

.....

XII - .....

§1º A todo beneficiário titular do plano individual, familiar ou coletivo será obrigatoriamente entregue, quando da sua inscrição, cópia de um dos seguintes documentos: contrato, regulamento ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. Além desses, deverá ser entregue material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as características do produto, bem como os direitos e obrigações;

§2º O beneficiário titular poderá requerer à operadora cópia dos documentos descritos no parágrafo anterior, devendo sua entrega ser realizada em até quinze dias úteis após a solicitação do mesmo.”

§ 3º Os beneficiários de planos coletivos poderão solicitar cópia do capítulo do contrato que trata dos direitos e obrigações mútuos, que deverão ser entregues no mesmo prazo do parágrafo anterior.

“Art. 17.....

§ 5º As unidades de saúde a que se refere o caput desse artigo, desde que credenciadas para tal, ficam obrigadas a prestar atendimento de urgência e emergência aos beneficiários e seus dependentes, mesmo no caso de inadimplência da operadora de planos de saúde a qual o usuário esteja vinculado.”

“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 as seguintes obrigações e direitos:

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

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

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

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

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

e) causas de rescisão, garantida aos pacientes a continuidade do tratamento em curso;

f) critérios para descredenciamento;

g) demais critérios a serem estabelecidos pela ANS.

II – possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

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 beneficiário 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;

V - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitas de forma a atender às necessidades dos beneficiários, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes, crianças até cinco anos e pessoas com deficiência.”

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

§1º 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;

§2º. Não se aplicam aos atos cooperativos as exigências dispostas no inciso I deste artigo.”

“Art. 19 .....

.....

§ 3º.....

IV – segmentação de que tratam o art. 10 e art. 12 desta Lei; (NR)

.....

§ 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 sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os beneficiários participantes da carteira. Esta medida não implicará na perda das carências ou em quaisquer outros prejuízos para os beneficiários. (NR)”

“Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão 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 exigência prevista no caput não se aplica:

I – à entidade de autogestão que, na data da publicação da Lei Complementar n. 109, de 29 de maio de 2001, já prestava serviços de assistência à saúde;

II – à entidade de autogestão constituída por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado;

III – à entidade de autogestão que, além da operação de planos privados de assistência à saúde, exerce atividade caracterizada como ação de promoção à saúde, nos termos do art. 35 – F da Lei n. 9.656/98;

IV – associações, sindicatos e fundações de direito público ou privado, constituídas antes do advento desta lei, observado o fim a que se destina;

V – As excepcionalidades contidas nos incisos III e IV só se aplicam às pessoas jurídicas instituídas até a data de entrada em vigor desta Lei.”

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 1-A. Submetem-se às disposições desta Lei, especificamente no que se refere às regras de assistência à saúde, as pessoas jurídicas de direito público que, por intermédio dos órgãos ou entidades que a integram, concedam tal benefício a seus servidores.

Parágrafo Único. Para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento à saúde, o acompanhamento econômico-financeiro dos órgãos ou entidades a que se refere o caput deste artigo, ficará a cargo dos órgãos do Controle Externo e dos demais entes que possuem competência legal, facultado caso se entenda necessário, requerer o auxílio da ANS.”

“Art. 11-A. É vedada a exigência de depósito caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente, pela rede prestadora de serviços dos Planos de Saúde.

§ 1º As operadoras de planos de saúde devem manter serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização administrativa imediata de internações, exames e procedimentos;

§ 2º O tempo de espera para a liberação de autorizações para realização de procedimentos não pode dificultar ou impedir o acesso do beneficiário à assistência devida, cabendo à ANS dispor sobre os mecanismos adequados de regulação;

§ 3º A ausência ou funcionamento inadequado dos serviços descritos nos parágrafos anteriores implicará em autorização administrativa tácita por parte da operadora de planos de saúde suplementar, além de sujeitá-la as sanções previstas no art. 25 desta Lei;”

“Art. 11-B. A ANS, com auxílio da Câmara de Saúde Suplementar, deverá elaborar, em até 120 dias após a publicação desta Lei, cartilha contendo os direitos dos beneficiários que deverá, entre outras iniciativas:

- a) ser fornecida pelas operadoras a todos beneficiários no momento da celebração do contrato;
- b) estar disponível para consulta de qualquer beneficiário em todos os serviços de atendimento ao cliente das operadoras;
- c) estar em local de destaque nos sítios das operadoras, da rede credenciada e da ANS na internet;
- d) ser fornecida, quando solicitada, a todos os beneficiários que já participarem dos planos de saúde quando da publicação desta Lei.”

“Art. 13-A. A ANS definirá critérios para a mobilidade com portabilidade de carências entre Planos Privados de Assitência à Saúde, no prazo máximo de 360 dias, considerando, entre outros fatores, a modalidade e tipo de plano, abrangência geográfica, o padrão e a qualidade do serviço oferecido e o incremento da concorrência.

§ 1º Os critérios a serem definidos pela ANS da mobilidade com portabilidade de carências a que se refere o caput deste artigo deverão incluir todos os beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com contratação individual ou coletiva;

§ 2º A carência para exercício da portabilidade definida no caput deste artigo deverá ser, no mínimo, de dezoito meses a partir do momento da adesão ao Plano;

§ 3º A carência tratada no parágrafo anterior é o período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde do beneficiário, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem direito ao exercício da mobilidade;

§ 4º Não poderá haver qualquer cobrança de custas adicionais em virtude do exercício do direito previsto neste artigo, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino.

§ 5º Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.”

“Art. 15-A. A variação das contraprestações pecuniárias, em razão da idade do beneficiário, estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde pela ANS obedecerá, entre outros, os seguintes princípios:

§ 1º A variação acumulada dos três últimos reajustes por mudança de faixa etária deverá ser distribuída de forma igualitária;

§ 2º Incentivo, não vinculado a uma operadora, aos beneficiários que estão a mais tempo no sistema de saúde suplementar;

§ “3º A ANS deverá expedir normas buscando cumprir os princípios descritos neste artigo em até 360 dias após a publicação desta lei.”

§ 4º Os contratos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004 deverão obedecer aos princípios descritos neste artigo, desde que, após entrada em vigor das normas a que se refere o parágrafo anterior, os beneficiários tenham idade inferior a idade mínima da antepenúltima faixa etária.

“Art. 17-A. As operadoras de planos de saúde que estão submetidas a esta Lei não poderão cobrar qualquer valor pecuniário como taxa de adesão para os profissionais de saúde que desejam fazer parte de sua rede credenciada, cooperada e referenciada.”

“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.

Parágrafo Único. A ANS regulará no prazo de 120 dias após a publicação desta Lei, as ações que compreendem o caput deste artigo, as quais deverão ser observadas pelas operadoras de planos de saúde.”

“Art. 35-N. Constitui crime induzir o beneficiário 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 2 (dois) a 5 (cinco) anos e multa.”

“Art. 35-O. Fica criado o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar. O Selo de Qualidade em Saúde Suplementar deverá ser um instrumento de avaliação da qualidade do atendimento ao cliente das operadoras e rede credenciada.

§ 1º O Selo de Qualidade a que se refere o caput deste artigo será dado às operadoras e à rede credenciada que participarem do Programa de Qualificação de Saúde Suplementar instituído pela Resolução Normativa nº 139, de 24 de novembro de 2006, da ANS, ou a outro programa que vier a substituí-lo;

§ 2º O Selo de Qualidade em Saúde Suplementar terá como base o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS ou outro que vier a substituí-lo;

§ 3º É obrigatória a divulgação por todas operadoras, em local e formato visível ao público, em todos os estabelecimentos próprios de atendimento, bem como nos respectivos sítios eletrônicos, das seguintes informações relativas ao Selo de Qualidade em Saúde Suplementar:

a) O IDSS da operadora;

b) Demais informações que a ANS julgar necessárias para informar ao beneficiário à qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e rede credenciada avaliadas;

§ 4º A ANS deverá, em até 180 dias, fixar os critérios para que as operadoras e sua rede credenciada divulguem o resultado de sua participação no Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, bem como os demais regramentos para colocar em prática o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar;

§ 5º Para a elaboração dos critérios referidos no parágrafo anterior, a ANS deverá levar em conta, dentre outros fatores, o objetivo de transformar o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar em um

instrumento de informação ao beneficiário sobre a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e a rede credenciada;

§6º A ANS deverá divulgar em local de destaque em seu sítio na internet o IDSS de todas as operadoras de modo a facilitar o acesso dos beneficiários à estas informações.”

“Art. 35-P. Fica proibido às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º desta Lei, solicitar a seus beneficiários documentos além dos oficiais de identificação;

§ 1º Caberá as pessoas jurídicas de que trata o caput deste artigo habilitar seus beneficiários com documentos próprios necessários para que os mesmos sejam atendidos na rede credenciada.

§ 2º Caberá as pessoas jurídicas de que trata o caput deste artigo manter suas redes credenciadas devidamente informadas quanto ao documento a ser solicitado para atendimento dos beneficiários.”

“Art. 35-Q. Detectada a existência de doença ou lesão preexistente poderá ser ofertado o agravo ao contrato de plano privado de assistência à saúde.”

“Art. 35-R. As operadoras, em seus Serviços de Atendimento ao Cliente, deverão cumprir, em até 180 dias após a entrada em vigor desta lei, no mínimo, o disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008, ou outro regulamento que vier a substituí-lo.”

“Art. 35-S. A ANS definirá critérios para a regulamentação da acreditação das operadoras e da rede credenciada em até 180 dias após a publicação desta lei. Os critérios que deverão nortear o programa de acreditação serão, entre outros:

- a) garantir a segurança e excelência do atendimento;
- b) garantir a ética na prestação de serviços de saúde;
- c) desenvolver uma avaliação educativa, auxiliando no estabelecimento de processos de utilidades prática e segura para o cliente e todos os demais envolvidos neste contexto;
- d) compatibilidade e complementaridade com o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar e o Selo de Qualidade em Saúde Suplementar ou outros que vierem a substituí-lo.”

“Art. 35-T. As operadoras deverão informar nos boletos de cobrança e nas demais publicações que enviar ao beneficiário os seus telefones de atendimento ao consumidor, bem como os telefones de atendimento ao consumidor da ANS.”

**“Art. 35-U.** Caberá a ANS, em 180 dias, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, estabelecer os critérios e normas para efetivação do ressarcimento pelo atendimento feito pelo Sistema Único de Saúde a beneficiários e seus dependentes de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.”

Art. 4º O art. 35-L da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas e fundos deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização da referida Agência Reguladora, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

§1º 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.

§2º Os ativos garantidores que lastreiam as provisões técnicas são absolutamente impenhoráveis, respondendo somente pelas obrigações de que decorre o provisionamento.” (NR)

Art. 5º O Art. 36 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação, renumerando-se os demais:

“Art. 36. Os reajustes dos planos de saúde coletivos serão monitorados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. “

Parágrafo único: Eventuais abusos serão coibidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 6º O inciso I do artigo 20 da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 20. ....

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 3,00 (três reais) pelo número médio de usuários de

cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;

.....” (NR)

Art. 7º O Anexo III da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

### “ANEXO III

#### ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

<b>Atos de Saúde Suplementar</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Registro de Produto	1.500,00
Registro de Operadora	3.000,00
Alteração de Dados – Produto	750,00
Alteração de Dados – Operadora	1.500,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	2.000,00

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 28 de outubro de 2009.

**Deputado CEZAR SILVESTRI**  
**(PPS/PR)**