



CÂMARA DOS DEPUTADOS

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.

DESPACHO:
APENSE-SE À(AO) PL-4076/2001.

APRECIAÇÃO:
Proposição sujeita à apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL
Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos § 4º e 5º ao art. 12; art. 16-A e inciso I, § 7º ao art. 30, com a seguinte redação.

Art. 12 –.....

§ 4º – 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.

§ 5º – 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.

§ 6º – 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.

§8º - 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 PROTESTE - 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 Santilli, 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 N° 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 quinquagésimo 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 hospitalares e referência);

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalares 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.1º 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.º 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

§ 1º 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.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor.

Art. 2º 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 nº9656/98

Art.4º 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. 5º 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. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

FIM DO DOCUMENTO