



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº _____/2011 (do Sr. Marcelo Aguiar)

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 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.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

§ 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.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

§ 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

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.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

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 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 (...)*”.¹

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.

¹ Sítio eletrônico: Correcta Seguros Online. Disponível em:
http://www.segurado.com.br/juridico_consul08.asp Acesso em: 14 fev.2011.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

MARCELO AGUIAR
PSC / SP