



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 394, DE 2011**

**(Do Sr. Marcelo Aguiar)**

Altera a Lei nº 9.656, de 3 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-7762/2010.

**APRECIÇÃO:**

Proposição sujeita à apreciação do Plenário

**PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD

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.

§ 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.

§ 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 despreço 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*”.

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.

Corroborar, 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 (...)”*.

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.

**MARCELO AGUIAR**  
PSC / SP

<p align="center"><b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**LEI Nº 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. [\*\(Inciso acrescido dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)\*](#)

.....  
.....

<b>FIM DO DOCUMENTO</b>
-------------------------