



CÂMARA DOS DEPUTADOS

## PROJETO DE LEI N.º 3.145, DE 2012 (Do Sr. Romero Rodrigues)

Acrescenta parágrafos ao art. 17, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-499/2011.

**APRECIAÇÃO:**  
Proposição sujeita à apreciação do Plenário

**PUBLICAÇÃO INICIAL**  
Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 16, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 5º e 6º:

“Art. 16. ....

§ 5º A operadora deve garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos pertinentes para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto, nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até sete dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até quatorze dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até dez dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até dez dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até dez dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até dez dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até dez dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até sete dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até três dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até dez dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até vinte e um dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até dez dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até vinte e um dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 6º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, é considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

O Sistema de Saúde Suplementar demanda um constante acompanhamento e atualização das normas que o regem. De fato, a evolução técnica, o funcionamento do sistema e a forte expansão do número de beneficiários requerem da parte do Poder Público um monitoramento atento e competente.

Isso inclui, evidentemente, uma atualização dos marcos legais em que o sistema funciona, para proteção da parte mais frágil dessa relação: o beneficiário. A Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS publicou recentemente norma que estabelece prazos máximos para que o beneficiário tenha acesso a consultas e procedimentos no âmbito do sistema.

Com efeito, muitos usuários reclamavam sobre a dificuldade de se conseguir tempestivamente uma consulta ou agendar um procedimento em determinada especialidade, pois era reduzida a rede de profissionais ou de instituições em determinadas áreas.

Para que a norma tenha força de lei e possa, inclusive, ser garantida judicialmente, apresentamos o presente Projeto, com vistas a insculpir tal direito no rol de garantias legais atinentes aos usuários de planos de saúde.

Isto posto, esperamos contar com o apoioamento de nossos ilustres Pares no Congresso Nacional para aprovação desta matéria que, indubitavelmente, representará melhoria no acesso e garantia de direitos para os usuários de planos de saúde.

Sala das Sessões, em 7 de fevereiro de 2012

Deputado **ROMERO RODRIGUES**  
**PSDB/PB**

**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. 10. É 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: (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; e (*Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)
- VIII - (*Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*) (*Vide ADIN nº 1.931-8, de 21/8/2003*)

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (*Artigo acrescido pela Lei nº 10.223, de 15/5/2001*)

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 vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (*"Caput" do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (*Parágrafo único acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

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. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. ([Artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. ([“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. ([Parágrafo único com redação 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](#))

.....

.....

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