

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE  
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

**ELIANE NUNES DA SILVA CORRÊA**

**PLANOS DE SAÚDE: AS MUDANÇAS DE PARADIGMAS COM  
A LEI 9.656/98**

**Aracaju  
2013**

**ELIANE NUNES DA SILVA CORRÊA**

**PLANOS DE SAÚDE: MUDANÇAS DE PARADIGMAS COM  
A LEI 9.656/98**

Monografia apresentada a Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe - FANESE, como um dos pré-requisitos para obtenção de grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Clara Angélica Gonçalves Dias

**Aracaju  
2013**

**ELIANE NUNES DA SILVA CORRÊA**

**PLANOS DE SAÚDE: MUDANÇAS DE PARADIGMAS COM  
A LEI 9.656/98**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,  
apresentado como exigência parcial  
para obtenção do grau bacharel em  
Direito a comissão julgadora da  
Faculdade de Administração e Negócios  
de Sergipe – FANESE.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dra. CLARA ANGÉLICA GONÇALVES DIAS  
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe

---

Prof. Me. Kleidson Nascimento dos Santos  
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe

---

Prof. Esp. Matheus Brito Meira  
Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe

Aos meus pais, filhos e  
esposo por eles tenho  
lutado, para eles, dedico  
os frutos do meu  
conhecimento.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** e minha **família** por estarem sempre comigo nas minhas caminhadas.

À **FANESE** por ter me proporcionado o acesso ao conhecimento acadêmico e ter seriedade na condução de todo processo de formação de seus alunos.

À minha orientadora e professora, **Doutora Clara Angélica Gonçalves Dias**, por ter me direcionado com profissionalismo e honradez.

À professora **Pós Doutora Hortência de Abreu Gonçalves** por ter cumprido fielmente com amor e muita dedicação esse papel tão importante.

Aos **funcionários** da FANESE por serem prestativos e solidários conosco em todos os momentos.

Aos vários **mestres** que tive na academia, a todos indistintamente meu mais precioso agradecimento, e em especial meu professor e esposo amado, **Carlos Magno de Oliveira**.

Aos meus **colegas** que sempre fizeram o possível e o impossível para me ajudar.

Aos coordenadores **Pedro Durão** e **Vitor Condorelli** por serem diferente de tudo que encontrei nessa vida, abnegados profissionais de educação superior.

Todo homem recebe duas espécies de educação: a que é lhe dada pelos outros, e, muito mais importante, a que ele dá a si mesmo.

Edward Gibbon

## RESUMO

Esta monografia trata dos novos paradigmas trazidos pela Lei 9656/98 aos planos de saúde. Tratou destas mudanças como também abordou seus tipos de contratos que se estabelecem entre o consumidor e o fornecedor do serviço de plano privado de saúde. Tratou, ainda, de abordar a forma pela qual a referida Lei regula o serviço prestado ao assegurado, e quais os tipos de planos de saúde existentes no mercado brasileiro. Dispôs também sobre a responsabilidade civil em sua forma geral, contratual e extracontratual e nos casos de algum dano onde o agente causador é o plano de saúde, qual o tipo de responsabilidade civil que este tem perante ao consumidor. Por fim tratou de uma das matérias que mais levanta dúvidas nos consumidores deste tipo de serviço, que são as cláusulas de carência e como o Código de Defesa do Consumidor se porta perante estas relações contratuais e como este diploma legal tutela os interesses dos consumidores.

**PALAVRAS – CHAVE:** Saúde. Lei 9656/98. Assegurado. Contrato. Carência.

## **ABSTRACT**

This monograph deals with new paradigms introduced by the Law 9656/98 health plans . Dealt with these changes and also addressed their types of contracts established between the consumer and the service provider of private health insurance . He tried also to address the way in which this Law regulates the service provided to the insured , and what types of health plans available in the Brazilian market . Also Deals on liability in its general form , contract and tort and in cases of damage where the causative agent is the health plan , what kind of liability that this is before the consumer . Finally one of the subjects dealt with more raises doubts among consumers of this type of service, which are the clauses need and as the Code of Consumer behaves towards these contractual relationships and how this statute protects the interests of consumers

KEY - WORDS : Health , Law 9656/98 ; Assured ; Contract ; Shortage .

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agencia Nacional de Saúde

CC –Código Civil

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CF – Constituição Federal

CNSP – Conselho Nacional de Saúde Pública

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

LPS – Lei de Planos de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 PLANOS DE SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Aspectos E Evolução Histórica.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Regulamentação Legal.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Natureza Jurídica da Relação entre Usuários, Seguros de Saúde e Planos de Saúde.....</b>	<b>19</b>
<b>3 OS CONTRATOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Evolução dos Contratos.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Princípios Fundamentais.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3 A Regulamentação da Lei 9656/98.....</b>	<b>27</b>
<b>3.4 Formas de Contratação de Planos de Saúde.....</b>	<b>30</b>
<b>3.5 Tipos de Planos de Saúde.....</b>	<b>32</b>
<b>4 DA RESPONSABILIDADE CIVIL.....</b>	<b>38</b>
<b>4.1 Responsabilidade Contratual.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Responsabilidade Extracontratual.....</b>	<b>40</b>
<b>4.3 Responsabilidade Civil Objetiva e a Teoria do Risco.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.1 A Responsabilidade Civil Objetiva dos Planos de Saúde.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4 Responsabilidade Civil Subjetiva e a Teoria da Culpa.....</b>	<b>44</b>
<b>5 OS NOVOS PARADIGMAS DA LEI 9656/98.....</b>	<b>46</b>

<b>5.1 A Lei dos Planos de Assistência de Saúde.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2 Da Legalidade e Validade das Cláusulas de Carência.....</b>	<b>48</b>
<b>5.3 A Aplicação da Lei 9656/98 nas Cláusulas de Carência.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4 O Código de Defesa do Consumidor nas Relações Contratuais de Plano de Saúde .....</b>	<b>54</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO A - Lei 9656/98.....</b>	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

A escolha do presente tema tem como objetivo esclarecer as dúvidas acerca de um assunto contemporâneo e corriqueiro de nossa sociedade, qual seja, o plano de saúde privado e as mudanças trazidas pela Lei 9656/98 que regulamenta tal instituto.

Após uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, foi possível elaborar este trabalho de conclusão de curso que está disposto em 5 (cinco) capítulos.

Ao longo do trabalho foi tratado de maneira ampla a evolução histórica e todos os aspectos dos planos de saúde na sociedade brasileira bem como sua inserção no sistema jurídico pátrio, e para tanto foi analisada a Lei 9.656/ 1998 que regulamenta as relações entre os planos de saúde e os assegurados.

Tratou, ainda da criação da Agencia Nacional de saúde que também traz ditames para a efetividade da referida Lei bem como os contratos que regem essa negociação.

Foi estudada e aqui relatada as formas existentes de contratos de planos de saúde, sua fundamentação jurídica e os princípios fundamentais norteadores.

No âmbito dos contratos trataremos de esclarecer o que vem a ser o instituto da Responsabilidade civil e suas formas objetivas e subjetivas de ressarcimento ao ofendido no que se refere aos contratos de planos de saúde.

E por fim, trata a presente monografia de elencar os novos paradigmas trazidos pela Lei 9656/98 aos planos privados de saúde como também no tocante às controversas cláusulas de carência e a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor nas contratações de um plano de saúde e nas suas relações com o consumidor.

## 2 PLANOS DE SAÚDE

### 2.1 Aspectos e Evolução Histórica

No Brasil, na década de 60 houve uma expansão dos planos de saúde, tal crescimento fora motivado pela deficiência do atendimento oferecido pela rede pública.

Outro fator que contribuiu para esta expansão foi a capitalização da medicina. Médicos e prestadores de serviços perceberam a necessidade de facilitar o acesso à medicina de uma maior parcela da população, ou seja, a camada populacional mais necessitada.

Os convênios médicos representaram, *a priori*, uma forma de segurança para a referida parcela da população, um meio de combate à decadência do atendimento médico-hospitalar oferecido pelo Estado, que se caracterizam pelas longas filas de espera tanto para marcação quanto para atendimento, lotação do hospitais, negligência média e etc.

As bases legais que possibilitaram a constituição do setor empresarial de prestação de serviços médico-hospitalares foram estabelecidos no mesmo período ao processo de unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na década de 80, os programas de Assistência Médico Hospitalar Privados, aumentavam significativamente a sua participação no modelo de assistência à saúde. Ainda nesta época floresceu no país o sentido da saúde como direito à vida, sendo então, instituído o art.196 na Constituição Federal que garante assistência à saúde como direito do cidadão e um dever do Estado.

A Constituição de 1988 trouxe diversas modificações no campo da saúde, tais como a universalização da saúde – com o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde) e a abertura assistência saúde à iniciativa privada.

O sistema de saúde pública, na época, enfrentava muitos problemas, dentre os quais o grande aumento da demanda sem o financiamento correspondente. Conseqüentemente, houve uma queda na qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público. Nesse contexto, teve um processo de crescimento do sistema privado.

Até meados dos anos 80 os planos de saúde privados eram voltados, quase que em sua totalidade para a empresa, ou seja, era um plano de ordem empresarial. Se tratavam de planos coletivos disponibilizados somente para aqueles trabalhadores que haviam sido contratados formalmente. Na segunda metade dos anos 80, estas operadoras prestadoras do serviço de saúde começaram a captar clientes individuais, como trabalhadores autônomos e profissionais liberais, por exemplo.

Os planos de saúde eram, *a priori*, objeto da jurisdição da Superintendência de Seguros Privados e Capitalização / Ministério da Fazenda e Conselho Nacional de Seguros Privados que por não possuírem meios apropriados não exerceram uma boa regulação e que somente se voltavam para aspectos de ordem econômica deixando a desejar a cobertura essencial dos clientes.

Os planos respondiam a esta regulação econômico-financeira praticando uma seleção de uma carteira rentável expressa na exclusão unilateral de segurados que precisariam de tratamentos mais onerosos.

Toda esta desvinculação da assistência à saúde que era praticada no mercado juntamente com necessidade de interagir a saúde suplementar com uma política global de assistência à saúde fez com que fosse necessária a criação de uma regulamentação própria

Quando se vê o desenvolvimento histórico do setor, ao lado da oferta de serviços, podemos observar que, durante a década de 70, houve grande incentivo do governo ao crescimento dos prestadores privados de assistência médica. Este incentivo se deu de duas formas: o incentivo financeiro, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) de 1975,

A outra forma foi através da ligação entre governo e os prestadores de serviço, nas formas de contratos e convênios.

No início dos anos 80, podia-se observar a melhoria da rede hospitalar privada em detrimento da rede pública. A oferta de leitos e serviços nos hospitais privados passou a corresponder a mais ou menos 86% das admissões, contra 14% da rede pública.

Foi com a deficiência do Sistema Único de Saúde que deu azo ao surgimento para propostas de Saúde Suplementar visando a uma maior cobertura para a população, como o fito de dar um bom atendimento para a população bem como uma remuneração adequada para os prestadores deste serviço. Mas se é o Estado é quem intermedia o serviço do SUS , sem fins lucrativos e sujeito ao controle social, por outro

lado, na saúde suplementar a intermediação é feita através das operadoras e com fins lucrativos.

É importante salientar que o Estado procura manter a saúde suplementar como importante parceiro do sistema de saúde e desta maneira, os planos de saúde, no Brasil, desempenham um papel de válvula de escape para a superlotação que é o sistema público de saúde.

Pode-se afirmar que as receitas dos planos de saúde são compostas, basicamente, pela venda de planos de saúde e esses planos podem ser adquiridos diretamente pelas pessoas físicas ou por empresas que disponibilizam o serviço para seus servidores.

Pode-se perceber que a rentabilidade dos plano de saúde depende das receitas e das despesas, que é uma relação com conflito de interesses. Observa-se, antes de tudo, que estas receitas atingem, de maneira direta e indireta a renda familiar. Vez que a saúde é uma preocupação constante para as famílias, esse item de despesa tende a ser inelástico e, assim, quanto maior for a receita dos planos, menor vai ser a renda de que as famílias poderão dispor para adquirir outros serviços.

É perceptível também, que as despesas dos planos de saúde correspondem à renda disponível e também determina o lucro dos hospitais, por exemplo, que prestam os serviços àquelas famílias que estão seguradas.

Por isso que cabe ao governo gerar os instrumentos para regular esta matéria, com o objetivo os conflito de interesses. Essa regulação irá proporcionar condições de vida melhores bem como melhor saúde para as famílias.

Assim, entende-se que a ampliação da ação do Estado, na regulamentação da assistência médica suplementar, poderá contribuir para a melhoria na prestação de um serviço cuja importância é pautada em um direito fundamental e uma garantia constitucional.

## 2.2 Regulamentação Legal

Os planos de saúde da rede privada, nos anos 80, já eram largamente utilizados no nosso país, e já tinham sua política instituidora sido contemplada na Constituição Federal de 1988, tal regulamentação está presente no art.197 do referido diploma legal, qual seja:

Art.197- são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Ainda que tenha sido contemplado o favorecimento da iniciativa privada quanto à implantação dos planos de saúde pelo setor privado, ainda estava carente de uma Lei que cuidasse especificamente do tema em questão.

Nesse sentido, se promulgou a Lei 9656/1998 que definiu diretrizes para o funcionamento deste setor. Quanto a este tema, o doutrinador Nehemias Melo (2008, p. 145) pontua:

[...] as operadoras de planos de assistência à saúde estão regulamentadas pela Lei nº 9.656, de 3 de julho de 1998, e se encontram submetidas à regulamentação e fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além de se submeterem à lei especial e às normas de fiscalização administrativa expedidas pela agência governamental, os contratos de planos de saúde e a prestação dos serviços por eles estabelecidos estão submetidos também às normas do Código de Defesa do Consumidor, conforme expressamente ressalvado na Lei nº 9.656 em seu art. 35-G, *verbis*: “*Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.*”

O conceito de plano de saúde encontra-se descrito no art. 1º, I e II da lei 9656/98, *in verbis*:

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 e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

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; (sem grifos no original)

A jurista Nilza Rodrigues (2007, p.71) aduz, em suma, que plano de saúde é “o contrato que oferece opção de escolha de médicos e hospitais, mas dentro de relação previamente estabelecida pela operadora”.

O Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nasceu através do art. 35-A da Lei 9656/98 que alterou a previsão originária da Lei que fazia menção ao Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP. Este Conselho tem competência para deliberar sobre ações que estejam ligadas à prestação do serviço de saúde em seus aspectos sanitários bem como os aspectos epidemiológicos e médicos.

Mesmo que a regulamentação dos planos de saúde esteja prevista em Lei própria, aqueles planos de saúde existentes à vigência da Lei 9656/98 tinham suas normas gerais norteadas e submetidas ao Código do Consumidor, segundo Melo (2008, p.145):

[...] há distinção de tratamento com relação aos planos de saúde cujos contratos foram firmados em data anterior à vigência da lei regulamentadora. Nestes casos, há que se aplicar as normas gerais insculpidas no Código de Defesa do Consumidor, em especial as normas que limitam a aplicação das cláusulas abusivas (art. 51 e seus incisos), a interpretação mais favorável ao consumidor (art. 47) e o princípio geral da boa-fé (art. 4º, III), como forma de preservar os direitos dos consumidores.

Com o advento da Lei 9656/98, os contratos que eram anteriores a esta Lei deveriam ter sido adequados às novas normas porém ocorreu que as empresas que eram fornecedoras de serviços vieram questionar a constitucionalidade da adequação dos contratos que eram anteriores ao surgimento da referida lei.

Como forma de incentivar esta adaptação, a ANS fixou através da Lei 10.850/2004, diretrizes para um programa de incentivo à adequação dos contratos realizados antes da vigência da Lei 9656/98.

Para maior entendimento, segue, *ipsi litteris*, a Lei 10.850/04:

LEI Nº 10.850, DE 25 DE MARÇO DE 2004.

Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 148, de 2003, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Inocêncio Oliveira, Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS, na defesa do interesse público no setor de saúde suplementar, a definição de ações para instituição de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos de planos privados de assistência à saúde firmados até 2 de janeiro de 1999, com o objetivo de facilitar o acesso dos consumidores vinculados a esses contratos a garantias e direitos definidos na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 2º As ações de incentivo de que trata esta Lei serão definidas por normas específicas da ANS, considerando as seguintes diretrizes gerais:

I - revisão de contratos, procedendo-se às devidas alterações de cláusulas contratuais em vigor, por meio de termos aditivos;

II - viabilização de migração da relação contratual estabelecida para outro plano da mesma operadora; e

III - definição de linhas gerais para execução de planos especiais de adaptação, de implementação facultativa ou obrigatória, determinando forma, condições e exigências específicas a serem observadas para carências, reajustes, variação de preço por faixa etária, cobertura obrigatória, doenças e lesões pré-existentes, e outras condições contratuais previstas na Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas de apresentação desses planos especiais, e as variações de preço por índice de adesão e outras variáveis que poderão estar contidas nas propostas oferecidas aos usuários.

§ 1º Para os planos coletivos empresariais, a ANS poderá prever a implementação parcial ou gradativa da extensão de cobertura prevista nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 1998, bem como a alteração da data-base para reajustes.

§ 2º Para as operadoras de planos de assistência à saúde, cujo número de beneficiários for inferior a dez mil e que não tenham em operação planos comercializados após 2 de janeiro de 1999, a ANS poderá definir condições especiais de oferecimento aos consumidores de alteração contratual para incorporação parcial das regras contidas na Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 3º Será garantido ao consumidor o caráter facultativo da adesão aos planos especiais, ficando as operadoras obrigadas a manter em operação todos os contratos não adaptados.

Parágrafo único. Nas hipóteses de infração a dispositivo contratual, as operadoras permanecem sujeitas à fiscalização da ANS e à aplicação das penalidades previstas no art. 25 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Congresso Nacional, em 25 de março de 2004; 183 o da Independência e 116 o da República.

Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA. Primeiro Vice-Presidente da Mesa do Congresso Nacional, no exercício da Presidência.

Este projeto foi elaborado com objetivo de espeitar o equilíbrio de valores garantidos constitucionalmente, que salvaguardem a livre concorrência como também a defesa do consumidor, mantendo o equilíbrio contratual visando de maneira justa não beneficiar nenhum consumidor em detrimento da coletividade, e qualquer ação fora desses parâmetros pode acarretar prejuízos à operadora de plano de saúde, podendo, inclusive, ocorrer sua liquidação extrajudicial.

### 2.3 Natureza Jurídica da Relação entre Usuários, Seguros-Saúde e Planos de Saúde

Há alguns poucos anos, o Supremo Tribunal Federal – STF, editou a Súmula nº469, que possuía seguinte texto “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde”.

Tal súmula corrobora o entendimento que já é pacífico no STF de que os planos de assistência à saúde que prestam serviços de maneira remunerada à sociedade sob a forma de plano de saúde ou seguro-saúde deverão ter suas atividades regidas pelo Código de Defesa do Consumidor – CDC.

Porém, neste caso, também havia divergências no tocante à aplicabilidade do CDC para os contratos realizados anteriormente à vigência deste Código. Porém, o entendimento do STF é sólido no sentido de que se aplica o CDC aos contratos de planos de saúde mesmo para aqueles que foram firmados antes da vigência deste diploma legal e que foram renovados.

Desta maneira, com base nesse entendimento, a relação jurídica existente entre os fornecedores de serviços de assistência à saúde e os usuários, torna-se indubitavelmente uma relação de consumo, nos termos do art. 3º, §2 do CDC qual seja:

**Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.**

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

**§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.** (sem grifos no original).

A empresa seguradora ou administradora faz as vezes do fornecedor e o usuário é o destinatário final. Assim, esta relação fica regida, sem dúvidas, por normas de interesse social, logo, de ordem pública.

Quanto ao objetivo imperativo de conduta, a boa-fé deve existir como forma de estabelecer o respeito à dignidade do consumidor, à lealdade e cuidado com

integridade moral, física e até mesmo patrimonial do assistido por parte de quem fornece o serviço, ao planos e seguros de saúde.

Em razão da presunção de vulnerabilidade do consumidor, o equilíbrio nos contratos deve ser observado para melhor garantir uma efetiva proteção dos interesses do assistido ou consumidor.

Como o consumidor não tem pleno conhecimento das informações especializadas disponíveis do plano de saúde, nos contratos devem ser evitadas as cláusulas abusivas, injustas, que passem os riscos da negociação para assegurado do plano de saúde, fato este que não é o que ocorre na vida prática, onde cada vez mais os contratos estão abarrotados de cláusulas abusivas que visam prejudicar o consumidor.

Uma característica dos contratos entre consumidor e plano de saúde é a catividade do consumidor em relação ao fornecedor, ou seja, ao efetivar a relação contratual, passa o consumidor a depender da segurança, do conforto, do atendimento e a partir do momento em que todos os prazos de carência estejam cumpridos, a permanência do consumidor no plano de saúde passa a ser do interesse do fornecedor.

Frente a esta dependência do consumidor para o fornecedor, a liberalidade dos planos de saúde torna-se fragilizada por conta da vulnerabilidade do consumidor, e deste modo, o princípio *pacta sunt servanda* presente nos contratos fica relativizado, tornando possível, assim, que por meio de ações judiciais, oferecidas pelos consumidores, sejam extraídas, dos contratos ora firmados, aquelas cláusulas contendo abusividade. E a fundamentação legal para estas decisões baseia-se através do reconhecimento de que tais cláusulas tidas como abusivas destroem o equilíbrio do contrato entre as partes.

Em lado oposto, como se trata de um contrato de consumo e de adesão, tais contratos já se apresentam, de maneira intrínseca, desequilibrados, vez que os consumidores assegurados não têm o conhecimento pleno das informações que os fornecedores de assistência à saúde possuem. A partir disto é que nasce a necessidade de impor um equilíbrio na relação contratual existente, com o objetivo de que as condições revistas não tragam vantagens de maneira excessiva para o fornecedor e demasiada onerosidade para o consumidor.

O Poder Judiciário, por meio de sua *decisum*, visa estabelecer uma a paridade contratual, considerando abusivas cláusulas do contrato que subtraíam direitos à saúde dos consumidores dos planos de saúde.

Por fim, vale ressaltar que a relação existente entre os planos de saúde e os consumidores e se formaliza por meio de um contrato formal, escrito, com conteúdo previsto em lei que regulamenta os planos de saúde.

### 3 OS CONTRATOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

#### 3.1 Evolução dos Contratos

Primeiramente, antes de adentrar nos aspectos dos contratos que regem os planos de saúde se faz necessário explanar, sucintamente, quais as características do contrato. Para definir contratos, Maria Helena Diniz (2000, p. 22) afirma:

o acordo de duas ou mais vontades, na conformidade da ordem jurídica, destinado a estabelecer uma regulamentação de interesses entre as partes, com o escopo de adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas de natureza patrimonial.

Nascida da necessidade de regulamentar as relações entre os homens visando obter confiabilidade dos atos e negócios, o contrato se apresenta como meio pelo qual se forma, resguarda ou extingue direitos e obrigações entre as partes contratantes e, assim, possibilita a afirmação de maneira pacífica de um acordo entre estes.

Desde Roma os contratos vem se aperfeiçoando e para tanto utilizam-se parâmetros como as regras sociais da época, as regras econômicas bem como as regras morais. Por isso, que é correto afirmar que o contrato adveio das realidades da sociedade.

A história dos contratos remete-se à antiguidade, onde já se regulamentavam simples trocas entre indivíduos como meio de organizar a movimentação de riquezas. No direito Romano, era o contrato um instrumento que baseava o acordo de vontade entre as partes contratantes.

Mas é no ápice do individualismo que o contrato começou a tomar suas formas definitivas, já que nesta, a vontade das partes é a única fonte que criava direitos e obrigações. Esta concepção vinda do séc. XIX teve seu auge na época das grandes codificações e formações doutrinárias e tinha como principais princípios a obrigatoriedade e, a liberdade contratual, que tinham atuação determinante na construção de conteúdos jurídicos

A proteção patrimonial, a autonomia da vontade e a imutabilidade dos contratos, fruto do pensamento liberal do séc. XIX, cujas codificações sofreram influência do Código de Napoleão, permanecem até hoje como base norteadora para novas codificações como na França e Itália, por exemplo.

Quanto à autonomia de vontade, Carlos Ferreira de Almeida (1982, p. 13) pontua “a autonomia da vontade significa a possibilidade de uma tripla escolha livre na vida negocial: contratar ou não contratar, escolher a outra parte e determinar o conteúdo das obrigações assumidas”.

A partir do pressuposto da vontade, é ímpar destacar os ensinamentos de Maria Stella Gregori (2007, p.122)

a afirmação liberal era de que todos são livres para celebrar um contrato, devendo os contraentes assumir obrigações avençadas de acordo com a vontade estabelecida entre as partes. Os contratantes negociavam autônoma e livremente suas vontades, por meio da discussão conjunta do conteúdo e forma do contrato. Após análise de cláusula a cláusula, as partes chegavam a um consenso e firmavam o acordo. Ao estado não competia interferir no negócio, mas apenas dar-lhe estabilidade e segurança.

Logo, uma vez que feito e assumido o contrato, a partes contratantes se comprometem e se vinculam quanto ao conteúdo do acordo, conforme explica Cláudia Lima Marques (2002, p.54)

a ideia da força obrigatória dos contratos significa que uma vez manifestada a vontade as partes estão ligadas por um contrato, têm direitos e obrigações e não poderão se desvincular, a não ser através de outro acordo de vontade ou pelas figuras da força maior ou do caso fortuito (acontecimentos, fáticos incontroláveis pela vontade do homem). Esta força obrigatória vai ser reconhecida pelo direito e vai se impor frente à tutela jurisdicional. Ao juiz não cabe modificar e adequar à equidade a vontade das partes, manifestada no contrato, ao contrário na visão tradicional, cabe-lhe respeitá-la e assegurar que as partes atinjam os efeitos queridos pelo seu ato. Lembre-se, por último, que como corolário da liberdade e autonomia da vontade, a força obrigatória dos contratos fica limitada às pessoas que dele participaram, manifestando a sua vontade (inter partes).

Ao pensar que as partes eram livres para contratar de acordo com sua vontade, imaginava-se que elas estavam em pé de igualdade jurídica, abstrata e formal.

Quanto a esta concepção de igualdade, Alinne Arquette Leite Novaes (2011, p.54), aduz:

[...] entendia os homens como essencialmente iguais e que as desigualdades porventura existentes surgiam do convívio social e eram defeitos morais que se intrometiam na vida natural, defendendo, assim, um igualitarismo absoluto. Partindo-se, então, primeiramente, da ideia de que todos os indivíduos são criados à imagem e semelhança de Deus e, em segundo lugar, que todos são iguais, perante a lei, entendeu-se que eles são iguais entre si. (2011, p. 54).

Esta autonomia da vontade é demonstrada por meio da manifestação desta mesma vontade no próprio contrato e isto fazia com que a igualdade entre as partes fosse presumida.

No âmbito do conceito contemporâneo do contrato, é importante salientar que esta foi se modificando no decorrer do séc. XX quanto ao seu conteúdo, na maneira em que as partes podiam se manifestar, sua adesão ou concordância no que o contrato estabelecia, suas funções, por exemplo.

Na oportunidade de salvaguardar a liberalidade dos contratos, por força da condição de equidade entre as partes, o Estado liberal permitiu grandes injustiças na seara do direito contratual.

Segundo Adriana Mandin Theodoro de Mello (2012, p.17)

Não há declaração de vontade livre e vinculante se os desiguais, social e economicamente considerados, não foram tutelados com normas jurídicas distintas tendentes a conferir-lhes isonomia e a realizar a máxima constitucional: todos são iguais perante à lei. Igualdade substancial (e não meramente formal) pressupõe tratamento isonômico para os semelhantes

É preciso destacar que a manifestação de vontade não é livre quando não há liberdade de escolha para contratar ou não, para ditar regras de condições mínimas que garantam os direitos tutelados para aquele que se encontra hipossuficiente em relação à outra parte. E são as exigências sociais no âmbito do consumo que reformaram a teoria do contrato.

E, assim, a evolução da teoria do contrato e o reconhecimento de seu objeto emergem da satisfação de anseios sociais e não unicamente dos interesses pessoais e patrimoniais do contratante.

### 3.2 Princípios Fundamentais

Os princípios norteadores dos contratos sofreram mudanças a partir do período clássico, ou seja, meados séc. XIX, onde a visão liberal do direito tornou-se uma visão moderna e os princípios voltados para o contrato passaram a ter uma visão social.

São os princípios da força obrigatória, da boa-fé, da autonomia da vontade, do consensualismo que regem o direito contratual. Quanto ao princípio da autonomia da vontade, este se faz presente de forma essencial pois, garante a eficácia da

negociação, pois a vontade declarada de forma livre implica em aceitação em relação à oferta.

Aceitar é o ato jurídico de um dos lados no qual se adota uma proposta Neste ínterim, pontua Orlando Gomes (2001, p.16):

o princípio da autonomia da vontade: particulariza-se no Direito Contratual na liberdade de contratar. Significa o poder dos indivíduos de suscitar, mediante declaração de vontade, efeitos reconhecidos e tutelados pela ordem jurídica. No exercício deste poder, toda pessoa tem aptidão para provocar o nascimento de um direito, ou para obrigar-se. A produção de efeitos jurídicos pode ser assim determinada pela vontade unilateral, como pelo concurso de vontades. Outros conceituam a autonomia da vontade como um aspecto de liberdade de contratar, no qual o poder atribuído aos particulares é de se traçar determinada conduta para o futuro, relativamente às relações disciplinares da lei.

Frente a responsabilidade do exercício à liberdade, a vontade limitou-se ao campo de direitos que não acarretassem danos de ordem pública. Além disso, aceitar que os contratos obedeçam a um padrão, significa a impossibilidade de se poder discutir o conteúdo dos dispositivos das negociações, assim como a submissão daquele economicamente mais fraco a esta nova situação.

Porém, a autonomia da vontade como forma absoluta da negociação jurídica deu lugar ao princípio que protege os hipossuficientes sem que esta autonomia da vontade fosse retirada do plano jurídico.

No âmbito do princípio do consensualismo, diz-se que todos os contratos exigem o acordo de vontade das partes, a exemplo do contrato de adesão onde a aceitação surge a partir do consentimento do consumidor. Vale lembrar que nos acordos reais e solenes, o acordo precede a assinatura de uma escritura ou até mesmo de entrega da coisa.

Aquele que é aderente em um contrato de adesão após o seu consentimento, incorpora condições gerais de negociação. Este tipo de contrato é a prova do efetivo conhecimento da parte aderente das condições expostas, para que seja validada a sua submissão ao conteúdo do contrato de adesão.

Primeiramente, os contratos somente eram válidos se a vontade das partes contratantes fosse declarada em solenidade peculiar, mas o simples acordo tratado entre as partes também era suficientemente aceito para garantir a sua validade.

Quanto ao princípio da força obrigatória, o contrato tem força de lei para as partes, o qual deve ser cumprido visando a paz social ou por uma questão de segurança.

Nascido em Roma e consolidado pelo *pacta sunt servanda*, este princípio compele as partes do contrato a cumprir o conteúdo em questão. Uma vez celebrado este contrato, fica este intangível e não pode ser modificado somente por uma das partes, ou seja, unilateralmente e se uma das partes deixar de cumprir o que lhe é cabido, a parte que fora prejudicada poderá forçar o seu cumprimento através do judiciário ou até mesmo por uma ação de perdas e danos com base no art. 475 do Código Civil.

Este princípio, como já dito anteriormente, tem força de lei entre as partes desde que celebrado em consonância a todos os requisitos e pressupostos que são necessários à sua validade e ao afirmar que ele é intangível significa dizer que não poderá haver retratabilidade do acordo firmado entre as partes, criando um elo entre estes do qual nenhuma das partes pode se desligar com o fundamento de que a execução a arruinará ou afirmando que não teria estabelecido o contrato se houvesse previsto a alteração significativa das circunstâncias.

E por último mas não mesmo importante, princípio da boa-fé que pode ser compreendido como uma compreensão e não como integrante da estrutura do contrato, onde as partes devem agir de maneira lícita, fiel e leal para que haja a perfeita consecução daquilo que foi determinado.

A boa-fé contratual é o aspecto intrínseco e implícito de um ato negocial desde a sua assinatura, ou seja, sua formação, até o momento de sua extinção. Segundo Carlos Alberto Bittar (1994, p. 456) “implica lealdade da palavra, fidelidade no tratamento e cumprimento adequado das obrigações – tempo, lugar, e modo conveniados”.

No sistema jurídico brasileiro, a boa-fé contratual se faz presente nos arts. 113, 187 e 422, que aduz, *ipsi litteris*:

Art. 113. Os negócios jurídicos devem ser interpretados conforme a boa-fé e os usos do lugar de sua celebração.

[...]

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

[...]

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

E, este princípio ainda está presente em outros diplomas legais, a exemplo do Código de Defesa do Consumidor, em seu art. 4º, III; art.51, IV, respectivamente:

Art. 4º - A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria de sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios:

[...]

III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (artigo 170, da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores;

[...]

Art. 51 - São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

[...]

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

Com isso é possível notar que os princípios que servem de base para as relações contratuais têm tentativa de estabelecer, entre as partes contratantes, uma relação harmônica e legal, do ponto de vista jurídico, visando a boa-fé e o equilíbrio do contato para todas as partes.

### 3.3 A Regulamentação da Lei 9656/98

É possível observar que no mercado brasileiro de saúde suplementar existem dois tipos de contratos que prestam serviço de assistência à saúde. Os contratos firmados antes do advento da Lei 9656/98 são chamados, comumente, de contratos antigos e aqueles que foram firmados após o surgimento e vigência da referida Lei são chamados de contratos novos.

Os contratos antigos são aqueles que não estão regulados sob o amparo da Lei 9656/98 e por isso devem somente respeitar as regras do Código do Consumidor, por exemplo, vez que a Lei 9656/98 ainda não existia. E os contratos firmados sob a égide da Lei 9656/98 são chamados de contratos novos.

Para tanto, se faz extremamente necessário verificar quando a referida Lei entrou em vigor, pois esta cria novas obrigações de acordo com seus variados períodos de *vacatio legis*.

Segundo Gregori (2007, p.140):

esta Lei foi aprovada e publicada em 04.06.1998 e determinava sua entrada em vigor noventa dias após a data de sua publicação, de acordo com seu art. 36, ou seja, 02/09/1998. Porém a MP 1665, publicada no dia seguinte, que alterou muito de seus dispositivos, determinou em seu art. 3º, que alguns de seus artigos entrariam em vigor em 05.06.1998, data de sua publicação.

Aconteceu que a Medida Provisória acima citada estipulou um prazo que somente atingiu aqueles dispositivos que continham teor administrativo. Surgiram outras Medidas Provisórias que tinham por objetivo manter a vigência da Lei 9656/98 para a data de 02.09.1998.

Esta Lei, em seu art. 12 determinava que deveria acontecer oferecimento do novo plano de saúde quando passados 120 dias após sua vigência portanto, os contratos novos passaram a existir a partir de 02.09.1998.

Deste modo, assevera a já citada doutrinadora, Maria Stella Gregori (2007, p.142)

[...] todos os contratos firmados a partir de 02.01.1999, são contratos novos e devem respeitar a lei específica e sua regulamentação, pois esta é a data em que a lei fixou como início da obrigatoriedade de as operadoras de planos de assistência à saúde elaborados em conformidade com as regras por ela fixadas.

Dentro dos novos contratos existe uma espécie deles que são conhecidos como contratos adaptados; isto porque o art. 35 da Lei 9656 dá aos consumidores a faculdade de adaptar seus contratos que não foram regidos por esta Lei a se adequarem às regras por ela trazidas.

O artigo 35 desta lei aduz que:

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei.

Mas não foi somente isto que ocorreu, pois o legislador ofereceu aos contratos antigos alguns direitos que estão previstos no também art.35 “E” da Lei 9656/98, quais sejam:

Art. 35-E. A partir de 05 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS;

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei;

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente; [...]

O mesmo artigo acima citado, também faz menção às modificações trazidas pela Lei 9656/98 no tocante à interrupção e internação hospitalar, doença e lesão pré-existente, mudanças de preços por faixas etárias, a suspensão e a rescisão unilateral do contrato, por exemplo. Além destes pontos, aduz ainda de que os contratos individuais sejam novos ou antigos dependem da anuência da Agência Nacional de Saúde – ANS.

Sobre este assunto, assevera Cláudia Marques: “a aplicação do CDC aos contratos anteriores recebe agora uma nova luz com a definição de abuso e cláusulas abusivas trazidas pela nova lei.” (2002, p. 411).

Sumariamente, pode-se afirmar que aqueles contratos celebrados antes da edição da Lei 9656/98, obviamente, não estão tutelados por ela, porém, indubitavelmente, fica sob a proteção do Código de Defesa do Consumidor. Mas é importante salientar que ao fazer a interpretação do CDC para estes casos, se faz necessário agregar a esta interpretação as inovações trazidas pela nova Lei.

### 3.4 Das Formas de Contratação dos Planos de Saúde

O regime ou a forma de contratação dos planos de saúde estão elencados no art. 16 da Lei 9656/98 e são definidas pela resolução do Conselho de Saúde Complementar, CONSU nº14 que segmentou os contratos em contratação individual, contratação coletiva empresarial e por fim contratação coletiva por adesão.

Quanto aos modelos de contratação, Demócrito Filho (2009) dispõe que:

A forma de contratação dos planos ou seguros-saúde individual são aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, facultada ou não a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar, ou através de uma contratação coletiva, quando no contrato é oferecida cobertura dos riscos à saúde de população delimitada e vinculada a uma determinada pessoa jurídica - a empresa que contrata o plano (que também pode prever a inclusão dos dependentes da comunidade de beneficiários do contrato coletivo). A adesão dos beneficiários (consumidores) em geral é automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação como empregado, filiado ou associado da pessoa jurídica (empregador, sindicato ou associação), se bem que em algumas modalidades de contratação coletiva, a adesão é prevista apenas de forma espontânea e opcional dos funcionários, associados ou sindicalizados (com ou sem a possibilidade de inclusão do grupo familiar ou dependentes).

A Resolução CONSU nº14, em seu art.2º parágrafo único, traz a definição de contratação individual e familiar:

Art. 2º Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação individual, aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar.

Parágrafo único. Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar.

Quanto às formas de contratos existentes, Maria Gregori afirma que “a contratação é individual ou familiar quando o consumidor pessoa física aderir livremente a qualquer modalidade de plano oferecida no mercado de consumo, podendo ou não, incluir grupo familiar ou dependentes” (GREGORI,2007, p.145).

O plano individual funciona com o pagamento do contratante à empresa prestadora de serviço de saúde em troca de serviços médicos e hospitalares que estão elencados no rol taxativo de serviços obrigatórios.

No âmbito do contrato familiar, mais de uma pessoa paga em um único contrato à empresa de saúde ora contratada, por serviços de saúde que serão prestados por redes hospitalares credenciadas.

Os contratos coletivos são efetuados por meio de um plano empresarial ou na forma de adesão, o que está elucidado no art. 3º da Resolução CONSU nº14:

**Art. 3º Entende-se como planos ou seguros de assistência à saúde de contratação coletiva empresarial, aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada a pessoa jurídica.**

§ 1º - O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical. § 2º - O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

§ 3º - A adesão deverá ser automática na data da contratação do plano ou no ato da vinculação do consumidor à pessoa jurídica de que trata o caput, de modo a abranger a totalidade ou a maioria absoluta da massa populacional vinculada de que trata o § 1º deste artigo.( sem grifo no original)

Contudo, pode-se afirmar a partir da leitura deste artigo que o plano de saúde empresarial é uma forma de contratação coletiva que fica ligada a uma determinada pessoa jurídica, que é a empresa contratante do plano de saúde. De maneira geral, a adesão dos assegurados é realizada de maneira automática no ato da contratação do plano, mas ocorre que em alguns tipos de contratação coletiva, esta adesão se faz de forma opcional para os funcionários ora assegurados podendo ou não incluir seus parentes como dependentes do plano de saúde.

É neste sentido que Maria Stella Gregori (2007, P.145) faz a seguinte pontuação acerca da contratação coletiva empresarial:

A contratação coletiva empresarial é aquela que oferece cobertura a uma população delimitada e vinculada a determinada pessoa jurídica, podendo o vínculo ser empregatício, associativo ou sindical. A adesão é automática e ocorre na data da contratação do plano ou no ato da vinculação à pessoa jurídica contratante. Podendo haver, ou não a inclusão dos dependentes dos titulares.

No âmbito do contrato coletivo por adesão, a cobertura é delimitada para uma certa parcela de consumidores, podendo haver ou não a inclusão de dependentes legais do titular do plano de saúde. Esta adesão é feita de forma espontânea.

É importante salientar que nos contratos coletivos tanto empresarial tanto por adesão, pode haver ou não a figura do patrocinador. Os contratos coletivos que não possuem patrocinador são aqueles ofertados pela pessoa jurídica, e como visto, sua adesão é espontânea e opcional. O consumidor deverá pagar a integralidade das contraprestações à fornecedora do serviço de prestação de saúde.

Diferentemente ocorre nos contratos em que há um patrocinador pois, neste caso, a pessoa jurídica é quem faz o pagamento à prestadora do serviço de forma integral ou parcial, os assegurados são vinculados à pessoa jurídica contratante e este vínculo pode ser sindical, empregatício ou associativo.

Logo, após estas explicações, torna-se cediço que a Lei 9656/98 deu nova amplitude às formas de contratar um plano de saúde, de modo que os consumidores tenham a opção de contratar, de acordo com suas necessidades, um plano através de um contrato individual ou coletivo, ou por adesão.

### 3.5 Os Tipos de Planos de Saúde Existentes

A Lei 9656/98 afirma em seu art. 12 que a contratação, a vigência e a oferta dos planos de saúde são facultativas porém deve-se respeitar a amplitude de cada plano e sua cobertura que estão sempre pré-estabelecidas no plano-referência que está disciplinado no art. 10 da referida lei. O seguinte artigo aduz:

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 enfermagem, 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 [...].

É mister salientar que este mesmo artigo traz algumas exceções dispostas em seus incisos, quais sejam:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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;

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

Quanto a estas exceções, é importante destacar que o inciso VIII foi revogado através da Medida Provisória nº 2.177-44/2001 e que todas estas exceções estão regulamentadas pela ANS.

Segundo a resolução CONSU nº10, em seu art.2º, o “plano referência”, àquele contido no art. 10 da lei 9656/98 é o mais completo e estruturado plano trazido pela referida Lei, vez que o mesmo oferece cobertura obstetrícia, assistência ambulatorial e hospitalar, cobertura integral em urgência e emergência, com padrão de enfermagem, com exceções para autogestão e odontologia de grupo.

No tocante ao oferecimento de cobertura obstetrícia, o art. 3º da resolução CONSU nº10 explicita:

Art. 3º. As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão, além do plano-referência, oferecer alternativamente os planos ou seguro Ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, plano odontológico e suas combinações.

Para maior esclarecimento do tema é de suma importância trazer à baila as definições de cada tipo de planos de saúde.

O plano ambulatorial não faz cobertura de internação hospitalar ou qualquer procedimento que tenha como finalidade terapia ou diagnóstico. Neste caso, o plano ambulatorial somente cobre procedimentos como consulta, exames e outros serviços que dão suporte ao tratamento desde que sejam realizados em consultórios ou em ambulatórios. Sobre isto o art.4º da resolução CONSU nº10 trata em:

Art. 4º - O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN e similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que demandem atenção continuada, pelo período de até 12 (doze) horas, conforme Resolução específica do CONSU sobre os casos de urgência e emergência;

IV - cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;

V - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo Único. Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9656/98, consideram excluídos:

- a) procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- b) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação u bloqueio;
- c) quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- d) radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- e) nutrição enteral ou parenteral;
- f) embolizações e radiologia intervencionista;

Porém, deve-se atentar para o fato de que deve existir no plano ambulatorial a cobertura de exigências mínimas, que são coberturas de consultas médicas ilimitadas, e coberturas nos serviços de diagnóstico e procedimentos ambulatoriais quando solicitado pelo médico.

O plano hospitalar, com base nos ditames do art. 12, II da Lei 9656/98, é aquele cuja cobertura proporciona aos assegurados internação hospitalar mesmo quando ocorrer a necessidade da internação ser em unidades de terapia intensiva –

UTI, sem que haja prazo para permanência do assegurado. O consumidor que optou pelo plano hospitalar conta também com a cobertura de acompanhamentos clínicos, alguns exames de ordem complementar e medicamentos. Cobre também despesas com o acompanhante do paciente que for menor de 18 anos.

O plano hospitalar tem seus atendimentos definidos no art.5º da resolução CONSU nº10, que são:

Art. 5º O Plano Hospitalar, compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei n.º 9.656/98, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso II deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica do CONSU sobre urgência e emergência, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial que necessitem de ambiente hospitalar;

II - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada a continuidade da assistência prestada a nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

i) fisioterapia;

j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

O mesmo dispositivo legal traz exceções para o plano hospitalar e estão elencadas em seu parágrafo único:

Parágrafo Único. Para fins de aplicação do art.10 da Lei 9656/98, consideram excluídos: a) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

b) transplantes à exceção de córnea e rim;

c) consultas ambulatoriais e domiciliares;

d) atendimento pré-natal quando não incluir a cobertura obstétrica

Ainda sob a ótica de Maria Stella (2007, p.151), a mesma aduz que:

o plano hospitalar com cobertura para atendimento obstétrico, além dos procedimentos descritos para o plano hospitalar, cobre internações de evento obstétricos e atendimento ao recém-nascido natural ou adotivo durante os primeiros 30 dias de vida.

Cabe salientar que em relação ao plano odontológico, este faz cobertura de procedimentos de dentística, endodontia, consultas, exames e cirurgias orais de pequeno porte, que são aquelas que não necessitam de anestesia.

O art. 10 da lei 9656/98 possui um rol taxativo e obrigatório de cobertura, o já aqui explicado, “plano de referência” e disciplina o setor que cuida das doenças previstas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a saúde em consonância com a Organização Mundial de Saúde, onde as exigências mínimas devem ser obedecidas que são aquelas previstas e, aqui elencadas, presentes no art. 12 do referido diploma legal.

## 4. DA RESPONSABILIDADE CIVIL

### 4.1 Responsabilidade Contratual

Antes de adentrar a esta espécie contratual, se faz necessário tratar, sumariamente, do instituto responsabilidade civil de uma maneira geral e mais abrangente.

A responsabilidade civil teve origem no séc. XVIII no Código Civil Francês, e atualmente este instituto encontra-se disciplinado no nosso Código Civil, Título IX.

A responsabilidade civil é uma matéria obrigatória imputada a alguém que ofende direito de outrem ou não obedece regras jurídicas pré-estabelecidas, aquele que causou o dano deve reparar o ofendido seja sob interesse individual, coletivo ou difuso.

No tocante à reparação do dano, Venosa pontua “somente haverá possibilidade de indenização, como regra, se o ato ilícito ocasionar dano” (VENOSA, 2008, p.33).

E para melhor entender as palavras do doutrinador acima citado, é preciso entender, antes de mais nada, o que vem a ser ato ilícito e para tanto tal esclarecimento encontra-se positivado nos art. 186 e 187 do Código Civil, quais sejam:

Art. 186 – Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito;

Art. 187 – Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Porém, para este trabalho se faz importante dar maior destaque ao objeto que dá azo a obrigação de indenizar outrem, ou seja, seu fato gerador. E para tanto, se faz necessário elucidar as responsabilidades advindas deste tipo de negócio jurídico, que são as responsabilidades contratual e extracontratual.

A responsabilidade contratual está previamente estabelecida em um contrato escrito ou até mesmo verbal onde se estabelecem limites, direitos e obrigações a serem cumpridos pelas partes contratantes, de modo que aquela parte que descumprir o acordo será o responsabilizada.

Neste sentido, o Código Civil determina em seus art. 389 e 395:

Art. 389: Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros, atualização dos valores monetários, segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogados [...]

Art. 395: Responde o devedor pelos prejuízos a que a sua mora der causa, mais juros, atualização dos valores monetários, segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogados. Parágrafo único: Se a prestação, devido à mora, se torna inútil ao credor, este poderá enjeitá-la, e exigir a satisfação das perdas e danos.

É importante salientar que o dano causado pode gerar uma indenização moral e material para àquele que sofreu o sofreu, quanto a este aspecto, assevera Sérgio Cavalieri (2008, p.15)

quem infringe dever jurídico *lato sensu*, já vimos, de que resulte dano a outrem fica obrigado a indenizar. Esse dever, passível de violação, pode ter como fonte uma relação jurídica obrigacional preexistente, isto é, um dever oriundo de contrato [...].

Há de se atentar para o detalhe que para gerar efetivamente o dever de indenizar se faz necessário dar observância ao tipo de contrato, se ele foi ajustado em obrigação de resultado ou obrigação de meio.

A obrigação de meio é aquela em que não há uma obrigação específica. O contrato deste tipo de obrigação apenas faz referência de que o devedor realize uma atividade até o seu fim porém sem o compromisso de atingi-lo, ou seja, o contrato diz que deve haver uma prestação de serviço mas sem a obrigação de uma garantia de êxito. O objeto deste contrato é a atividade do devedor e deste modo, percebe-se que não haverá a obrigação de realizar algo fora dos limites do contratado.

Ainda sobre a obrigação de meio, cabe ao devedor fazer a prova da culpabilidade e deste modo, caracterizando a responsabilidade subjetiva. Exemplo deste tipo de obrigação é quando um médico cirurgião se compromete em usar toda sua técnica e experiência para realizar determinada cirurgia de alto risco, porém não este profissional não deve nem pode garantir o êxito da mesma.

No âmbito da obrigação de resultado, diferentemente da obrigação de meio, existe sim, para o contratado, a efetiva realização de um determinado resultado que é justamente o objeto da obrigação e que sem ele não acontecerá o cumprimento desta, e que sem alcançar determinado fim resta por acarretar na inexecução da obrigações prevista em contrato.

Neste tipo de obrigação, a culpa é presumida e o ônus da prova é invertido, ou seja, deve o acusado provar a inverdade a qual lhe é imputada, é a chamada inversão do ônus da prova e sendo a culpa presumida, a responsabilidade é objetiva.

Sobre este tipo de obrigação, pontua o Código Civil brasileiro:

art. 389, CC - Não cumprindo a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

#### 4.2 Responsabilidade Extracontratual

Esta responsabilidade não é pautada em um contrato e sim sob a existência de uma Lei assentada sob qualquer dever obrigacional e para gerar essa responsabilidade extracontratual deve haver um descumprimento de algum dispositivo jurídico previsto no nosso ordenamento e, assim, caberá uma reparação moral e material.

A reparação moral acima referida ficará a critério do juiz e da sua livre convicção, enquanto a reparação material é relativamente proporcional ao dano material sofrido.

No tocante ao ônus da prova, este caberá à vítima quando estiver sob o amparo da teoria subjetiva e quando estiver pautada na teoria objetiva o ônus da prova será de incumbência do ofensor.

Tendo a culpa como pauta, dá-se a o regime jurídico da responsabilidade subjetiva, e pautado na teoria do risco, nasce a responsabilidade objetiva porém, ocorre que sendo a responsabilidade objetiva e o indivíduo que causou o dano provar que a culpa foi da vítima, de terceiro ou até mesmo de caso fortuito ou de força maior, este poderá livrar-se da obrigação de indenizar.

No âmbito da reparação de danos, Sílvio Venosa pondera que “o ideal, porém, que se busca no ordenamento, é no sentido de que todos os danos sejam reparados”. (VENOSA, 2009, p.5).

Querendo o prejudicado ajuizar ação para ter a reparação do dano sofrido, este deve fazer observância da forma contratual estabelecida, verificar a presença de todos os requisitos que façam gerar o dever de indenizar e ater-se às teorias do risco e da culpa pois, a prova da culpa *latu sensu* ou *stricto sensu* se formam em um pressuposto de um dano indenizável.

#### 4.3 Responsabilidade Civil Objetiva e a Teoria do Risco

O processo de evolução da responsabilidade civil demonstra que esta fundamentada apenas no instituto da culpa e deste modo aparentava-se sempre no modo subjetivo. Para a teoria da culpa, não é somente acontecendo um dano injusto para si ou para o seu patrimônio que ensejará a reparação de danos pela parte causadora do ato ilícito pois, se faz necessário averiguar a presença do dolo ou da culpa vez que sem estes não se resta caracterizada a responsabilidade e dever de indenizar.

O desenvolvimento industrial que ficou marcado pelo capitalismo e a produção de riquezas em larga escala deu azo à implementação de grandes máquinas nas indústrias que por conseguinte fez com que surgisse os acidentes de trabalho para os trabalhadores que estavam sempre expostos a situações de risco, e nesta época a lei afirmava que o empregado é quem deveria produzir provas contra o seu empregador na situação em que se deu o acidente, ou seja, em que o dano foi ocasionado.

Partindo do princípio que o trabalhador sempre estava em uma situação de hipossuficiência em relação ao seu empregador, para defender seus direitos, é que se deu o advento da responsabilidade objetiva que tinha uma certa proteção jurídica, como forma de garantir à vítima uma facilitação para a produção de provas do seu dano sofrido.

Nesta ocasião, também surge a teoria do risco, uma das fontes da responsabilidade objetiva, impondo a obrigação de o indivíduo ser responsabilizado pelas consequências por ter criado situação de risco.

De acordo com Paulo Alonso (2000, p.37-38)

o empregado vítima de um acidente deveria oferecer três tipos de provas: a primeira, que havia sofrido um dano; a segunda, que o agente cometeu um delito; e a terceira, que o dano decorreu do delito: dano culpa e relação de causalidade. Caso o empregado, em virtude do ônus probatório, não conseguisse fazer essas provas, estaria derrotado no processo, sem direito algum a indenização.

Junto à responsabilidade civil está o ato ilícito, ligado à ideia de culpa, elencados nos arts. 186 e 187 do Código Civil, porém ocorre que em determinados casos é possível concluir a responsabilidade civil de alguém sem fazer o questionamento da culpa, qual seja, a responsabilidade civil objetiva, e o faz por meio de duas situações fáticas, quando o dano por sua natureza inferir riscos para outrem ou para seus direitos ou quando for casos elencados em lei, por tanto que é correto afirmar que para a caracterização da responsabilidade civil objetiva é necessário ater-se à teoria do risco.

#### 4.3.1 Responsabilidade Civil Subjetiva dos Planos de Saúde

Via de regra, o Código de Defesa do Consumidor prevê para os fornecedores de produtos e serviços a responsabilidade objetiva, ou seja, aquela que independe da culpa. A exceção disto, o próprio Código de Defesa do Consumidor aduz em seu art.14, §4º:

**Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa,** pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

[...]

**§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.**(sem grifo no original)

Portanto, há de se perceber que em relação a eles fora adotada a responsabilidade civil subjetiva.

Porém se faz imperioso destacar que a jurisprudência brasileira vem adotando a teoria da responsabilidade civil objetiva para os serviços de prestação de saúde com o fundamento de que este tipo de serviço é baseado em um contrato de obrigação de resultado, instituto este já visto no presente trabalho, que é aquele que em a parte se compromete em atingir um determinado resultado.

Este entendimento faz divisão da responsabilidade pessoal entre os médicos, ora subjetiva por força de lei, da própria responsabilidade da operadora que sendo prestadoras de serviço responde de maneira objetiva pelos danos causados aos consumidores.

Para o professor de Direito Civil, Adriano Godinho:

Juridicamente, trata-se de posição perfeitamente aceitável. O que dificulta a aplicação desta regra ao caso concreto é a própria natureza da doença: no caso, a família do paciente, que terminou por falecer, exigiu indenização por danos morais e materiais em virtude da excessiva demora na detecção de um câncer. Parte da Corte, talvez impactada pelo fato de o paciente ter consultado inúmeras vezes em vão em busca de um diagnóstico preciso, determinou que a empresa arque com os prejuízos decorrentes desta demora; o voto vencido pautou-se precisamente pela dificuldade inerente à averiguação de doenças como o câncer, sobretudo quando são escassos ou inexistentes os sintomas. Para que se possa verificar se houve ou não má prestação do serviço e se seria ou não possível identificar a doença durante o período de tratamento, parece ser imprescindível a realização de prova técnica, cabendo a profissionais da medicina a elaboração de laudos que possam responder a esta questão. (2009)

#### 4.4 Responsabilidade Civil Subjetiva e a Teoria da Culpa

Este tipo de responsabilidade é caracterizada após a análise da culpabilidade do agente causador do dano e que uma vez comprovada, enseja a reparação de cunho indenizatório.

Para Venosa, “culpa é a inobservância de um dever que o agente devia conhecer e observar. Não podemos afastar a noção da culpa o conceito de dever.” (2005, p.32).

Dada esta importância ao instituto da culpa é que por muito tempo esta era o único fundamento para a responsabilidade civil subjetiva ser caracterizada. Neste diapasão, Marilise Baú afirma que “(...) para a caracterização do ato ilícito, que corresponde à injúria dos romanos (*in jus*- contra o direito) devem estar presentes os elementos: conduta e imputabilidade do agente, antijuricidade de seu ato e culpa.” (2002, p.18)

As relações entre autor e vítima estavam relativamente desequilibradas, vez que a defesa do autor encontrava-se em melhor posição em detrimento da defesa do indivíduo que estava na condição de vítima. E a teoria do risco, isoladamente, não estava sendo capaz de ajustar estas relações que se encontravam maculadas pelo referido desequilíbrio.

Para tanto, objetivando dar equidade a esta relação, foi feita uma revisão no ordenamento jurídico para alcançar de forma justa o equilíbrio entre o autor e a vítima. E para tanto, surgiu outra teoria, a acima explanada, teoria do risco, como forma de razoabilidade a relação entre autor e vítima e fazendo nascer uma nova concepção de pensamento que daria origem à responsabilidade objetiva, também já tratada neste trabalho.

## 5. A LEI 9.656 DE 1998

### 5.1 A Lei de Planos de Assistência de Saúde

A referida Lei surgiu como intuito de normatizar um mercado que há mais de quarenta anos funcionava no Brasil sem a interferência do Estado e em contrapartida a Constituição Federal de 1988 assegurava como direito fundamental o direito à saúde e a regulamentação desta.

Maria Angélica Rezende Silveira (2007, p.172-173), acerca do sistema de saúde dispõe:

o sistema de Saúde, por força de disposição constitucional, está condicionado a uma regulamentação do Estado. Com o advento da Carta Magna de 1988, somente após dez anos de discussão no Congresso Nacional, surgiu a Lei 9.656/98 como marco legal do processo de regulação, estabelecendo não somente a regulação dos direitos e deveres dos usuários dos planos e seguros de saúde e de suas operadoras, como também no que diz respeito à fiscalização e à regulamentação da atividade dessas operadoras que passaram a ser feitas pela Agência Nacional De Saúde Suplementar – ANS.

A Lei 9656/98 tem o objetivo precípua de equilibrar as relações entre os planos de saúde e os consumidores, fazendo com que todas àquelas pessoas jurídicas de direito privado que operem planos de saúde estejam submetidas as suas disposições. Sobre este tema tem-se o art. 1º da referida Lei:

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: [...] (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Veja que o legislador não tenha feito a definição quanto à incidência da norma, já que não afasta a aplicabilidade da lei específica de cada atividade, é possível

entender que a Lei 9656/98 também pode ser aplicada aos contratos em que são objetos os seguros de saúde por força de devida observância do referido artigo.

Quanto a esta Lei, Maria Stella Gregori (2007, p.136) aduz:

A Lei dos Planos de Saúde delinea a regulação sobre três aspectos principais: o institucional, com a fixação de regras de entrada, permanência e saída das operadoras no mercado de saúde suplementar; o econômico-financeiro, ao estabelecer normas relativas a solvência e liquidez dessas operadoras; e o assistencial, mediante o disciplinamento da cobertura assistencial, abrangência dos planos, rede credenciada, procedimentos e eventos cobertos e não cobertos, carências, doenças e lesões preexistentes e cumprimento de cláusulas contratuais.

De acordo com Fabiana Ferron: “os objetivos básicos e as estratégias diferenciadas de implementação da regulamentação surgem do marco regulatório e evoluem a partir da ampliação e do conhecimento sobre o setor” (2011, p.20).

Após anos da publicação da Lei 9656/98 surgiu no ordenamento jurídico pátrio a Lei 9.961/00 que criou a Agencia Nacional De Saúde Suplementar – ANS, que veio regulamentar essa atividade privada, qual seja, a prestação privada de saúde através de planos de saúde que até então não era objeto de regulamentação do Estado.

Sob a égide do Estado, o setor público e privado relativo à saúde confunde o entendimento das pessoas do setor econômico bem como o Judiciário, ao tratar de atividade complementar e suplementar de saúde, isto porque ainda constam em vários setores resquícios do liberalismo que impede a absorção de novos conceitos constitucionais inerentes ao serviço de saúde.

*A priori*, a Lei 9656/98 fora regulamentada pelos ditames do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, as quais foram nomeadas de Resoluções CONSU. Com o passar do tempo a ANS, foi quem tomou a regulamentar esta Lei por meio da Diretoria Colegiada.

A Diretoria Colegiada de nº 95, publicada no ano de 2002, mudou o Regimento Interno da ANS e desde então, as resoluções passaram a ser denominadas de acordo com assunto que era objeto da mesma.

Dois anos após esta mudança, a Resolução Normativa nº81 da ANS torna a mudar as nomenclaturas das resoluções as quais passaram a se chamar, Resolução Normativa, Resolução Operacional, Resolução Administrativa.

As Resoluções Normativas são aquelas que decidem e regulam sobre implementação da política de saúde suplementar no âmbito nacional.

As Resoluções Operacionais são as decisões para implementar ações operacionais específicas de alcance externo, como a liquidação extrajudicial, por exemplo.

Quanto às Resoluções Administrativas, estas são as decisões com objetivo de implementar procedimentos administrativos de alcance interno.

## 5.2 Da Legalidade e Validade das Cláusulas de Carência

Para melhor tratar deste assunto, se faz necessário, antes de qualquer coisa, esclarecer o que vem a ser o termo carência. E este é o intervalo de tempo que vai desde a celebração do contrato entre o consumidor e o plano de saúde e a efetiva vigência deste, ou seja, quando o usuário ora assegurado pode fazer uso destes serviços.

Porém, há de se atentar que mesmo durante este tempo em que o assegurado não está autorizado a fazer uso do plano de saúde, as mensalidades referentes ao plano devem ser pagas.

Este intervalo de tempo pode durar até 180 (cento e oitenta) dias porém com ressalvas, pois, existem três exceções para esta imposição. Para os atendimentos em caráter de urgência e emergência o prazo desta carência é de 24 (vinte e quatro) horas, para os atendimentos que estão ligados à gravidez o prazo passa a ser de 300 (trezentos) dias. E para àquelas lesões e doenças que já existiam à época da celebração do contrato entre o consumidor e o plano de saúde, o prazo passa a ser de 24 (vinte e quatro) meses.

Porém alguns Tribunais vêm se mostrando contrários ao entendimento de que se faz necessário esperar o término da carência quando a urgência for comprovada, ainda que a carência para este tipo de entendimento seja de 24 (vinte e quatro) horas. A exemplo disto, se tem, o julgado de TJRS:

Plano de saúde. Negativa de cobertura. Cirurgia de emergência. Desnecessidade de espera do prazo de carência. Paciente/Autor que comprova o fato contínuo de seu direito. Sentença mantida. Recurso improvido.(BRASIL. Tribunal de Justiça do RS. Recurso Cível nº 71001717602, da 2ª Turma Recursal Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Turmas Recursais, Relator: Afif Jorge Simões Neto)

Porém, a Lei 9656/98 traz em seu art.12,V os prazos para o tempo de carência:

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 IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

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.

Quanto ao prazo de 300 ( trezentos) dias para atendimentos relacionados ao parto, Luiz Antônio Rizzato Nunes (2000, p.05), pontua:

A nova lei permite a instituição do período de trezentos dias para carências no atendimento a partos. Na verdade, a lei permite, mas obriga. Isso porque esse prazo de carência foi instituído como obrigatória nos modelos referência e mínimo. Logo, não é possível estabelecer prazo mais longo em nenhuma modalidade de plano ou seguro.

Portanto, vez que está previsto em lei, o prazo de carência torna-se legal. Ou seja, a carência é simplesmente é uma condição de caráter suspensivo imposta pelo contrato que possui tempo determinado e certo.

Neste diapasão Pontes de Miranda (1972, p. 323) suscita:

O efeito de vinculação mínima começa com a conclusão do contrato. Nada obsta a que se conceba o contrato de seguro com cláusula de condição suspensiva, como se o contraente quer o seguro do que espera adquirir e põe na oferta cláusula expressa a respeito disso [...].

Na visão de Osiris Borges de Medeiros, quanto aos contratos de planos de saúde, “Carência é o período de tempo, contado a partir da data de aceitação do segurado ou dependentes, durante o qual estes deverão permanecer ininterruptamente no plano, sem direito às coberturas do seguro” (1997, p.141)

Percebe-se, também, que um dos objetivos deste prazo é fazer com que o contratante após o pagamento de pequenas parcelas que serão relativamente inferiores, se valorados os atendimentos recebidos, queiram extinguir o contrato, e desta forma, obtendo um enriquecimento em detrimento da empresa fornecedora do serviço de saúde, tornando, desta forma, igualitária, as obrigações das partes contratantes.

Quanto ao art. 11 da Lei 9656/98, que dispõe sobre as doenças preexistente, o Tribunal do Rio Grande do Sul em apelação cível dispôs que cabe ao plano de saúde a comprovação probatória acerca da preexistência desta enfermidade, como dito, segue o julgado:

#### 1. CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COBERTURA. DOENÇA

PREEXISTENTE. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação do plano de saúde, após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à operadora do plano, o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do beneficiário. Incidência do art.11 da Lei nº 9656/98. Não havendo prova segura da preexistência da doença, bem como de que o segurado, na data da contratação, tivesse conhecimento das doenças que levaram o médico a solicitar a sua internação hospitalar, remanesce a obrigação da demandada, pelo pagamento das respectivas despesas. Dano moral, porém, não caracterizado. Pleito relativo ao reconhecimento da mora da requerida, no cumprimento da determinação contida na decisão liminar, não conhecido. Apelos desprovidos. (BRASIL. Tribunal de Justiça do RS. Apelação Cível nº 70028439461, da 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Relator: Leo Lima, Julgado em 13/05/2009.)

Por ter caráter especial, o art. 11 da Lei de Planos de Saúde lhe concedeu o maior prazo por ela prevista, e quanto a isto Luiz Antônio Rizzato Nunes (2000, p.30) aduz:

tendo em vista que a norma permite a carência no inciso V do art. 12, enquanto que o caput do art. 11 passa a idéia de uma “carência negativa”, pois não se trata de um período em que a cobertura não é assegurada, para posteriormente ser, como ocorre nas carências. Trata-se, portanto, da possibilidade de suspensão pelo período de vinte e quatro meses, quando, então, nenhuma cobertura poderá ser excluída pelo fato de o consumidor ou beneficiário ter doença preexistente na data da assinatura do contrato.

O referido artigo é um dispositivo que gera grandes conflitos entre os médicos, paciente e planos de saúde quanto ao conhecimento da existência de uma doença que existira antes da celebração do contrato entre o segurado e o plano de saúde.

A Resolução CONSU nº02/1998 trata sobre este tipo de doença preexistente em seu art. 1º e que também estão dispostas no inciso XII do art. 345-A e no art. 11 da Lei 9656/98. O referido art. sa Resolução CONSU nº02/98 informa:

Art. 1º. Definir que doenças e lesões preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 e o inciso XII do artigo 35-A da Lei nº. 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.

Para Maury Ângelo Bottesini, sobre a interpretação do artigo acima citado:

A interpretação do referido artigo é de que, se a doença for desconhecida do consumidor ou seu responsável à época da contratação, não será tida como doença preexistente, para o exame das relações entre consumidor e operadora ou seguradora. (2003, p.82)

Com o objetivo de fazer a comprovação se o paciente teria ou não o conhecimento de determinada doença, este pode solicitar no ato da celebração contratual, uma declaração de saúde onde qualquer tipo de doença ou lesão que o assegurado possa ter bem como de todos os seus dependentes.

### 5.3 Da Aplicação da lei 9656/98 nas Cláusulas de Carência

A lei 9656/98 em seu art. 34 –A, *caput*, estabeleceu a criação das resoluções CONSU, a saber:

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência privativa para regulamentar os serviços privados de assistência à saúde, cabendo-lhe dispor sobre:

I - a fixação de normas para constituição, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras de produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º desta Lei, no que se refere aos conteúdos e modelos assistenciais, adequação e utilização de tecnologias em saúde e no que concerne aos aspectos econômico-financeiros da atividade, bem como sobre: [...]

c) as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; [...]

f) os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde;

II - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto nesta Lei e suas excepcionalidades;

III - fixar as diretrizes para a cobertura assistencial;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras; [...]

XVI - outras questões relativas à saúde suplementar.

A referida resolução de nº13/1998 trata das cláusulas dos contratos de planos de saúde que somente permitem durante o prazo de carência os atendimentos que possuam caráter de urgência e emergência. O art. 1º desta resolução dispõe:

Art. 1º A cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o art.35D, da Lei nº 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, incluindo os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional, deverá reger-se pela garantia da atenção e atuação no sentido da preservação da vida, órgãos e funções, variando, a partir daí, de acordo com a segmentação de cobertura a qual o contrato esteja adscrito

Em sentido oposto, o TJRS, em julgado de apelação cível afirmou que os planos de saúde devem ser submetidos e regidos pelo Código de Defesa do

Consumidor vez que possui características de uma relação de consumo. Segue a referida decisão:

APELAÇÃO CÍVEL E RECURSO ADESIVO. SEGURO. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO REALIZADO EM CARÁTER EMERGENCIAL. PERÍODO DE CARÊNCIA. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PRELIMINARES SUSCITADAS REJEITADAS. DANOS MORAIS. OCORRÊNCIA. Do cerceamento de defesa 1. Cerceamento de defesa não caracterizado, pois a controvérsia dos autos versa sobre matéria preponderantemente de direito, sendo acostado ao feito documentação suficiente para o deslinde do litígio, mostrando-se desnecessária a produção da prova pretendida. 2. Ademais, o Juiz é o destinatário das provas, cabendo a ele aferir sobre a necessidade ou não de sua produção, a teor do que estabelece o art. 130 do Código de Processo Civil. Nulidade de citação 3. Mandado firmado sem qualquer ressalva por pessoa que se apresenta como integrante da empresa ré serve como prova da realização da citação, aplicando-se ao caso em tela à teoria da aparência, a qual está lastreada no princípio da boa fé que norteia o procedimento dos partícipes de qualquer relação jurídica. Assim, presume-se a veracidade de situação que aparenta regularidade, convalidando os atos praticados sob este manto de confiança. Mérito do recurso em exame 4. Os planos ou seguros de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos, razão pela qual se aplica o disposto no art. 35 da Lei 9.656/98 ao caso em tela, decorrente de interpretação literal e mais benéfica a parte autora. 5. Verificado o caráter emergencial exigido no momento da internação da autora, como amplamente demonstrado no processo, não há como prevalecer o prazo de carência pactuado. Inteligência dos artigos 12 e 35-C da Lei 9.656 de 1998. Da indenização por danos morais 6. A mera discussão de cláusula contratual por si só não gera danos de ordem patrimonial ao consumidor. No entanto, uma vez que a negativa por parte da empresa prestadora de serviço de saúde extravasa a referida discussão contratual, caracterizando abuso, necessária a condenação ao ressarcimento dos danos morais ocasionados. 7. Ônus da sucumbência mantido conforme arbitrado na sentença. À unanimidade, preliminares rejeitadas e recurso adesivo desprovido. Por maioria, apelo desprovido. (BRASIL. Tribunal de Justiça do RS. Apelação Cível nº 70023943129, da 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Relator: Umberto GuaspariSudbrack)

E ainda com base no art.2º da referida Resolução CONSU nº13, o plano de saúde somente deve cobrir as primeiras 12 (doze) horas que seguem no atendimento ambulatorial ou até o momento que reste caracterizada a real necessidade de uma internação do paciente que está submetido ao atendimento ambulatorial, o referido dispositivo legal preleciona:

Art.2º O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

Parágrafo único: Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora, de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

Logo, conclui-se que após passar as primeiras 12 (doze) horas de atendimento ou ser comprovada a necessidade de internação o custo dos serviços médico-hospitalares passa a ser de responsabilidade do paciente.

E no tocante aos casos de urgência e emergência e tendo em vista sua difícil interpretação é que o legislador no art. 12 da lei 9656/98 traduz da melhor maneira o que vem a ser este tipo de atendimento.

Portanto, conclui-se que a aplicação da Lei de Planos de Saúde no tocante às cláusulas de carência juntamente com a resolução CONSU nº13 e o art. 35 da referida Lei, perante as mudanças dos contratos antigos para os novos, criaram as cláusulas que somente permitem ao assegurado o atendimento de caráter emergencial no período de carência do plano de saúde, ou seja, o período em que o contratante não pode fazer uso dos serviços ofertados pelo plano de saúde, salvo esta exceção acima citada.

#### 5.4 O Código de Defesa do Consumidor nas Relações Contratuais de Planos de Saúde

O Código de Defesa do Consumidor começou a vigorar em 1991 para proteger e tutelar as relações de consumo. E para definir e estabelecer sua incidência se faz necessário distinguir as pessoas atinentes a esta relação jurídica que são os consumidores, os fornecedores e o produto.

Quanto a pessoa do consumidor, o CDC estabelece em seu art.:

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

Como percebido no parágrafo único citado, o consumidor pode ser equivalente a um grupo de pessoas que mesmo sendo indeterminável possam se estabelecer em uma relação de consumo.

Alda Pellegrini Grinover sobre consumidor afirma que é “qualquer indivíduo que frui ou utiliza de bens e serviços e pertence a uma determinada categoria ou classe social ou psicológica”. (2001, p.27)

Já sob a ótica de José Geraldo Brito Filomeno, quanto ao consumidor, este leciona:

O conceito de consumidor adotado pelo Código foi exclusivamente de caráter econômico, ou seja, levando-se em consideração tão-somente o personagem que no mercado de consumo adquire bens ou então contrata a prestação de serviços, como destinatário final, pressupondo-se que assim age com vistas ao atendimento de uma necessidade própria e não para o desenvolvimento de uma atividade negocial. (2001, p.26-27)

Outra pessoa da relação de consumo tutelada pelo CDC é o fornecedor, e sobre este o referido diploma legal afirma em seu art.3º, *caput*:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços

Logo, há de se concluir que toda pessoa que forneça algum produto ou serviço para o mercado consumidor é considerado fornecedor.

A definição de fornecedor contida no Código de Defesa do Consumidor é bastante abrangente e de acordo com este Código podem ser fornecedores todas as pessoas jurídicas ou físicas internacionais ou nacionais que tenham sede ou não no Brasil, também podem ser fornecedores as sociedades que tenham ou não fins lucrativos, por exemplo.

Para Maria Stella Gregori, “uma relação negocial de consumo se configura no interesse do consumidor e fornecedor, além disso, necessário se faz caracterizar o objeto dessa relação, qual seja, o produto e o serviço” (2007, p.110)

Assim, resta a definição de produto e serviço, e para tanto, o legislador cuidou de trazê-los nos §1º e 2º do art. 3º do CDC, quais sejam:

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Com tal conceito conclui-se que quando é caracterizado o objeto do negócio jurídico estabelecido entre fornecedor e consumidor forma-se uma relação negocial, ou seja, uma relação de consumo e que, desta maneira, será regida pelo Código de Defesa do Consumidor.

Portanto, os planos de saúde, em que se encontram o fornecedor sendo a figura do próprio plano de saúde, o consumidor que é o assegurado e objeto de contrato que é a prestação de serviços particulares de saúde, constitui-se, então uma relação de consumo e que como visto será tutelada pelo Código de Defesa do Consumidor como pela sua legislação própria, a Lei 9656/98.

O CDC foi base para a criação da Lei dos Planos de Saúde e ainda sob o entendimento da douta doutrinadora Maria Stella Gregori:

a intenção do legislador foi reforçar a incidência do CDC ao regular os planos privados de assistência à saúde”, uma vez que, José Reinaldo Lima Lopes, 284 entende que: “a Lei nº. 9.656/98 encontra-se dentro do direito do consumidor, e por isso seus dispositivos devem ser interpretados dentre os princípios gerais ou contratuais da Lei nº. 8.078/90. (2007, p.161).

Diante do exposto, percebe-se que mesmo que o CDC não fosse trazido à lei 9656/98, esta estaria implícita vez que a Lei tem raízes constitucionais e é uma Lei principiológica e, deste modo, caso venha surgir outras leis que tratem de uma relação em que de um lado estejam consumidores e de outro fornecedores, ainda sim, haverá de ter obediência ao CDC mesmo que não tenha remissão expressa.



## 6 CONCLUSÃO

Por tudo que fora exposto, é que percebe-se a importância do advento das empresas de planos de saúde no Brasil pois, como foi trazido a este trabalho o Estado sozinho não estava sendo capaz de oferecer um serviço de saúde de qualidade para a população brasileira.

Com o advento dos planos de saúde, ainda que privados, foi possível notar um desafogamento nos hospitais da rede pública, vez que o Sistema Único de Saúde não mais dava conta da prestação deste serviço.

Portanto, os planos de saúde, tornaram-se, mesmo que involuntariamente, uma melhoria no serviço público de saúde já que uma boa parcela da população brasileira, hoje, possui e paga por este tipo de serviço deixando a prestação de serviço oferecido pelo Estado para aqueles que realmente necessitam e ou não tem condições de pagar por este serviço.

Mesmo sendo um serviço de ordem particular e que visa lucro para quem explora, diferentemente do SUS que tem caráter público e não possui fins lucrativos, o Estado interferiu na relação plano de saúde / segurado pois este serviço percebeu a necessidade de uma regulamentação estatal.

Para tanto é que foi criada a Agência Nacional de Saúde, ANS que visa regular e inspecionar as relações existentes entre o prestador de serviço e o consumidor.

Além dessa agência reguladora, o Estado por meio de seu Poder Legislativo, editou no ano de 1998 a Lei 9656/98 que veio tornar legal as relações de consumos estabelecidas existentes na prestação de serviço de saúde.

Outro aspecto que restou provado foi a referida relação de consumo e desta maneira, estas relações também passaram a se sujeitar aos ditames do Código de Defesa do Consumidor.

E havendo uma relação de consumo, há uma responsabilidade a ser aferida por ambas as partes. É por isso que se comprovou neste trabalho o caráter objetivo

da responsabilidade civil dos planos de saúde uma vez que o contrato que estabelece a ligação consumerista entre prestador de serviço e consumidor é um contrato de fim e não de meio ou seja, há uma obrigação certa e determinada a ser atingida por que presta o serviço.

E para eximir as dúvidas que poderiam ser suscitadas no tocante a lei regulamentadora dos planos de saúde é que no último capítulo deste trabalho, a Lei 9656/98 foi analisada de maneira mais enérgica no âmbito das carências que ainda é assunto de muito entrave entre os consumidores dos serviços de planos de saúde bem como as implementações e regulações por ela trazida.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carlos Ferreira de. **Os direitos dos consumidores**. Coimbra: Almedina, 1982.

ALONSO, Paulo Sérgio Gomes. **Pressupostos da responsabilidade civil objetiva**. São Paulo: Saraiva, 2000.

BITTAR, Carlos Alberto. **Curso de Direito Civil**. São Paulo: Forense Universitária, 1994.

BOTTESINI, Maury Ângelo; MACHADO, Mauro Conti. **Lei dos Planos e Seguros de Saúde: comentada e anotada: artigo por artigo, doutrina, jurisprudência**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BRASIL. Tribunal de Justiça do RS. Apelação Cível nº 70028439461, da 5ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Relator: Leo Lima, Julgado em 13/05/2009. Disponível em: <[http://www.tjrs.jus.br/site\\_php/jprud2/resultado.php](http://www.tjrs.jus.br/site_php/jprud2/resultado.php)>. Acesso em: 10.11.13

\_\_\_\_\_. Recurso Cível nº 71001717602, da 2ª Turma Recursal Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Turmas Recursais, Relator: Afif Jorge Simões Neto, Julgado em 17.12.2008. Disponível em: <[http://www.tjrs.jus.br/site\\_php/jprud2/resultado.php](http://www.tjrs.jus.br/site_php/jprud2/resultado.php)> Acesso em: 09.11.13

CAVALIERI Filho, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. São Paulo: Atlas, 2008.

FERRON, Fabiana. **Planos privados de assistência à saúde: Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998**. São Paulo: Leud, 2001.

FACCHINI NETO, Eugênio. **Da responsabilidade civil no novo Código**, in: SARLET, Ingo Wolfgang (org). **O novo Código Civil e a Constituição**. Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2003.

\_\_\_\_\_, Eugênio. **A função social do direito privado**. In: Revista Jurídica –vol 349, novembro de 2006.

GODINHO, Adriano. 3 set. 2009. Disponível em:<<http://www.adrianogodinho.com.br/2009/09/responsabilidade-objetiva-dos-planos-de.html>>. Acesso em 06.11.13

GOMES, Orlando. **Contratos**. Rio de Janeiro: Forense, 2001

GREGORI, Maria Stella. **Planos de Saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

MANDELBAUM, Renata. **Instituto Brasileiro de Política e Direito Do Consumidor. Contratos de Adesão e Contratos de Consumo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. São Paulo: RT, 2002.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade Civil por Erro Médico: Doutrina e Jurisprudência**. São Paulo: Atlas, 2008.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de Direito Privado**, Rio de Janeiro: Borsoil, 1972.

NOVAES, Aline Arquette Leite. **A teoria contratual e o Código de Defesa do Consumidor**. São Paulo: RT, 2001.

NUNES, Luiz Antônio Rizzato. **Comentários à Lei de Plano Privado de Assistência à Saúde**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

REINALDO FILHO, Demócrito. **A natureza jurídica do plano de saúde coletivo. Sua repercussão em termos de abusividade da cláusula que permite o reajuste por sinistralidade**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 367, 9 jul. 2004. Disponível em:<<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5424>>. Acesso em: 04novembro2013.

RIZZARDO, Arnaldo. **Planos de Assistência e Seguros de Saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.

SILVEIRA, Maria Angélica Rezende. **Planos de Saúde. Até Quando**. Aracaju: J. Andrade, 2012.

\_\_\_\_\_, Maria Angélica Rezende. **Estatuto dos Pacientes. Uma ideia**. Aracaju: J. Andrade, 207.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil: Responsabilidade Civil**. São Paulo: Atlas, 2009

## ANEXO – A

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.**

Texto compilado

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. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.~~

~~§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, consideram-se:~~

~~I – operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;~~

~~II – operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.~~

~~§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.~~

~~§ 3º A assistência a que alude o *caput* deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.~~

~~§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.~~

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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 e odontológica, a ser paga

integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

~~Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Art. 3º Sem prejuízo das atribuições previstas na legislação vigente e observadas, no que couber, as disposições expressas nas Leis nºs 8.078, de 11 de setembro de 1990, e 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei, ressalvado o disposto no inciso VIII, regulamentar os planos privados de assistência à saúde, e em particular dispor sobre: (Vigência) (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~I - a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~II - as condições técnicas aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com as suas peculiaridades; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~III - as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~IV - as normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~V - o capital e o patrimônio líquido das operadoras de planos privados de assistência à saúde, assim como a forma de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima de capital; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VI - os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VII - os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— VIII - a direção fiscal, a liquidação extrajudicial e os procedimentos de recuperação financeira. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— Art. 4º O art. 33 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, alterado pela Lei nº 8.127, de 20 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~"Art. 33. O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP será integrado pelos seguintes membros: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~V - Presidente do Banco Central do Brasil, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 1º O Conselho será presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na sua ausência, pelo Superintendente da SUSEP. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 2º O CNSP terá seu funcionamento regulado em regimento interno." (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— Art. 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor: (Vigência) (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— I - autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— II - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— III - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta Lei; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— IV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— V - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VI - promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 1º A SUSEP contará, em sua estrutura organizacional, com setor específico para o tratamento das questões concernentes às operadoras referidas no art. 1º. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 2º A SUSEP ouvirá o Ministério da Saúde para a apreciação de questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Art. 6º É criada a Câmara de Saúde Suplementar como órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, com competência privativa para se pronunciar acerca das matérias de sua audiência obrigatória, previstas no art. 3º, bem como propor a expedição de normas sobre: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~I - regulamentação das atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~II - fixação de condições mínimas dos contratos relativos a planos e seguros privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~III - critérios normativos em relação aos procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores de serviço do sistema, visando assegurar o equilíbrio das relações entre os consumidores e os operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~IV - estabelecimento de mecanismos de garantia, visando preservar a prestação de serviços aos consumidores; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~V - o regimento interno da própria Câmara. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Art. 7º A Câmara de Saúde Suplementar é composta dos seguintes membros: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~I - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal, na qualidade de presidente; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~II - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~III - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~IV - Ministro de Estado do Trabalho, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~V - Secretário Executivo do Ministério da Saúde, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VII - Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, ou seu representante legal; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~VIII - um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, dentre seus membros; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~IX - um representante de entidades de defesa do consumidor; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~X - um representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XI - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XIII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XIV - um representante indicado pelas entidades que representem as cooperativas de serviços médicos; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XV - um representante das entidades filantrópicas da área de saúde; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XVI - um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos médicos; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XVII - um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XVIII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~XIX - um representante do Ministério Público Federal. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 1º As deliberações da Câmara dar-se-ão por maioria de votos, presente a maioria absoluta de seus membros, e as proposições aprovadas por dois terços de seus integrantes exigirão igual *quorum* para serem reformadas, no todo ou em parte, pelo CNSP. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 2º Em suas faltas e impedimentos, o presidente da Câmara será substituído pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 3º A Câmara, mediante deliberação de seus membros, pode constituir subcomissões consultivas, formadas por representantes dos profissionais e dos estabelecimentos de serviços de saúde, das entidades vinculadas à assistência à saúde ou dos consumidores, conforme dispuser seu regimento interno. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 4º Os representantes de que tratam os incisos VIII a XVII serão indicados pelas respectivas entidades e designados pelo Ministro de Estado da Saúde. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~§ 5º As matérias definidas no art. 3º e em seus incisos, bem como as de competência da Câmara, têm prazo de trinta dias para discussão e votação, após o que poderão ser avocadas pelo CNSP para deliberação final. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento a que alude o inciso I do art. 5º, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer as seguintes exigências:~~

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

~~Parágrafo único. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas:—  
 I - nos incisos I a V do *caput*, as operadoras de seguros privados a que alude o inciso II do § 1º do art. 1º;  
 II - nos incisos VI e VII do *caput*, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, definidas no § 2º do art. 1º.~~

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 9º As operadoras de planos privados de assistência à saúde só podem comercializar ou operar planos que tenham sido previamente protocolados na SUSEP, de acordo com as normas técnicas e gerais definidas pelo CNSP.~~

~~§ 1º O protocolamento previsto no caput não exclui a responsabilidade da operadora pelo descumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos.~~

~~§ 2º O número do certificado de registro da operadora, expedido pela SUSEP, deve constar dos instrumentos contratuais referentes aos planos ou seguros privados de assistência à saúde.~~

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas 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:~~  
~~I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;~~

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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, observado o disposto no § 1º deste artigo;~~

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar; (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.~~

~~§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.~~

~~§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.~~

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. (Incluído pela Lei nº 12.738, de 2012) (Vigência)

~~Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta 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.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:~~

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 IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;~~

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - quando incluir internação hospitalar:

~~a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, 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, a critério do médico assistente;~~

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;~~

~~e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;~~

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;~~

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;~~

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

~~§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar:-~~

~~I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;-~~

~~II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.-~~

~~§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:-~~

~~I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;-~~

~~II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.~~

§ 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde 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.~~

~~Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes~~ ~~disposições:~~

- ~~I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;~~
- ~~II - são vedadas:~~
- ~~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.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a recontagem de carências; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 ou seguros privados de assistência à saúde.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vide Lei nº 12.764, de 2012)

~~Art. 15. É facultada a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei em razão da idade do consumidor, desde que sejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme critérios e parâmetros gerais fixados pelo CNSP.~~

~~Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, se já participarem do mesmo plano ou seguro, ou sucessor, há mais de dez anos.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:~~

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 ou segurado;~~

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

~~VII - as modalidades do plano ou seguro:~~

~~a) individual;~~  
~~b) familiar; ou~~  
~~c) coletivo;~~

~~VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;~~

VII - o regime, ou tipo de contratação: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) individual ou familiar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) coletivo empresarial; ou (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) coletivo por adesão; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

~~X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;~~

X - a área geográfica de abrangência; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

XII - número de registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~§ 1º 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 do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.~~

~~§ 2º A validade dos documentos a que alude o caput condiciona-se à aposição~~

~~da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.~~

~~§ 1º É facultada a substituição do contratado ou credenciado a que se refere o *caput*, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.~~

~~§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excetua-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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:~~

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: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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 ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.~~

~~Parágrafo único. O não cumprimento do disposto no *caput* deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - nome fantasia; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - CNPJ; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - endereço; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - telefone, fax e e-mail; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - razão social da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - CNPJ da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nome do produto; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - âmbito geográfico de cobertura; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - faixas etárias e respectivos preços; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins de disposto~~ no art. 32.

~~Parágrafo único. Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.~~

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

~~II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso anterior, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladora da empresa.~~

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

~~Parágrafo único. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo normas definidas pelo CNSP.~~

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência, mas tão somente ao regime de liquidação extrajudicial, previsto no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.~~

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão somente ao regime de liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 24. Sempre que ocorrer insuficiência nas garantias a que alude o inciso VII do art. 3º, ou anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, em qualquer operadora de planos privados de assistência à saúde, a SUSEP poderá nomear, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-fiscal com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CNSP.~~

~~§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal por administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem efeito suspensivo, para o CNSP.~~

~~§ 2º Os administradores da operadora que se encontrar em regime de direção fiscal serão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.~~

~~§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora e proporá à SUSEP as medidas cabíveis conforme previsto nesta Lei.~~

~~§ 4º O diretor-fiscal poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.~~

~~§ 5º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para recuperação econômico-financeira, a SUSEP promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação por leilão da carteira das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.~~

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e

cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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 efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o **caput** deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:~~

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos

produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

~~IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;~~

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.~~

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.~~

~~Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não

superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo ao CNSP dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processuais, assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e ao contraditório.~~

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O termo de compromisso referido no **caput** não poderá implicar restrição de direitos do usuário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 30. Ao consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente 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 que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.~~

~~§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência no plano ou seguro, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.~~

~~§ 1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro 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.~~

~~§ 2º Cálculos periódicos para ajustes técnicos atuariais das mensalidades dos planos ou seguros coletivos considerarão todos os beneficiários neles incluídos, sejam eles ativos ou aposentados.~~

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

~~Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.~~

~~§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.~~

~~§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.~~

~~§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.~~

~~§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.~~

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - multa de mora de dez por cento. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

~~Art. 34. As entidades que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei podem constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.~~

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.~~

~~§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art. 19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.~~

~~§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.~~

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: (Vigência) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aprovar o contrato de gestão da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) aspectos econômico-financeiros; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência) (composição: vide Dec.4.044, de 6.12.2001)

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - da Saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - da Fazenda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - da Justiça; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

~~Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

~~— II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

III - de planejamento familiar. (Incluído pela Lei nº 11.935, de 2009)

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Renan Calheiros*

*Pedro Malan*

*Waldeck Ornélas*

*José Serra*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 4.6.1998