**QUADRO COMPARATIVO**

LEI Nº 9.656/1998

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LEI 9656/1998 | SUBSTITUTIVO | ASSETANS |
| Art. 1. 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;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.§ 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:1. custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;c) reembolso de despesas;d) mecanismos de regulação;e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; ef) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.§ 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.§ 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.§ 4º. É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o deste artigo.§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde. | Art. 1            |  |
|  | Art. 1-A. A atenção à saúde prestada no âmbito dos planos privados de assistência à saúde obedecerá aos seguintes princípios:I – respeito à segmentação contratada;II – atenção multiprofissional;III – incorporação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos e de doenças, desde que os meios utilizados sejam certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os procedimentos sejam aprovados pelos conselhos profissionais na área da saúde;IV – uso da epidemiologia para o monitoramento da qualidade das ações e para a gestão em saúde;V – respeito à autonomia e à integridade física e moral das pessoas assistidas;VI – garantia do direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde;VII – estímulo ao parto normal. § 1º. Os princípios estabelecidos no caput deverão ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.§ 2º. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a realizar programas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e de doenças, inclusive de epidemias que estejam em curso no País, e apresentar relatórios à ANS sobre os resultados desses programas, nos termos de regulamento. |  |
|  | Art. 1-B. As pessoas jurídicas que cumprirem os requisitos para a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo poderão contratá-lo diretamente com a operadora ou com a participação de administradora de benefícios, nos termos de regulamento. |  |
| 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: | Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo procedimentos preventivos, 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: |  |
| 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, ressalvado o disposto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II do art. 12;VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;VIII - [(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art8)IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.§ 1o As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.§ 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.§ 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.§ 4o A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. |   |  |
|  | § 5º. Na revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, a ANS terá como diretrizes a inclusão de tecnologias com evidência de segurança, eficácia e efetividade, além da avaliação do impacto econômico-financeiro das novas inclusões, de forma a preservar o equilíbrio econômico-financeiro dos contratos e garantir a modicidade dos reajustes. |  |
| 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.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. |   |  |
|  | Art. 10-C. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, reparar lesões decorrentes de atos cirúrgicos realizados sob a cobertura dos seus planos, quando a reparação não for obrigação do médico que realizou o procedimento cirúrgico, utilizando-se de todos os meios, procedimentos técnicos e produtos para a saúde necessários para o restabelecimento da área lesionada, independentemente da sua previsão no plano de saúde contratado. |  |
|  | Art. 10-D. 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, indicar, por escrito, ao profissional médico, clínica ou estabelecimento hospitalar, até três modelos de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs), com comprovação técnica, referenciada em práticas baseadas em evidências e autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parágrafo único. A indicação de que trata o caput deste artigo não vincula o profissional médico e outros estabelecimentos de saúde responsáveis pelo atendimento e procedimento ao paciente, que deverá justificar clinicamente, por escrito, a não aceitação. |  |
|  | Art. 10-E As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, planos de contratação individual ou familiar, a seus atuais e futuros consumidores. Parágrafo único. O disposto no caput deste artigo não se aplica as entidades de autogestão, vez que, atendem exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. |  |
| 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:I – quando incluir atendimento ambulatorial:a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes; | 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: I – quando incluir atendimento ambulatorial:a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, de caráter preventivo ou curativo, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, de caráter preventivo ou curativo, solicitados pelo médico assistente; c) cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes;  d) cobertura de vacinas solicitadas pelo médico assistente, desde que devidamente registradas pela autoridade sanitária, quando essas vacinas não constarem do calendário nacional de imunização vigente do Ministério da Saúde ou da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, ou, se constarem, quando forem restritas a determinado grupo de pessoas. |  |
| II - quando incluir internação hospitalar:f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos; | II – quando incluir internação hospitalar: f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos, pessoas idosas, parturientes e pessoas com deficiência; |  |
| VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante. |  VII - inscrição de filho adotivo, adotando e criança ou adolescente sob guarda, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante ou guardião. |  |
| § 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.§ 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.§ 3o [(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2177-44.htm#art8)§ 4º As coberturas a que se referem as alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II deste artigo serão objeto de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, revisados periodicamente, ouvidas as sociedades médicas de especialistas da área, publicados pela ANS.§ 5º O fornecimento previsto nas alíneas ‘c’ do inciso I e ‘g’ do inciso II deste artigo dar-se-á, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, diretamente ao paciente ou ao seu representante legal, podendo ser realizado de maneira fracionada por ciclo, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e de acordo com prescrição médica. |   |  |
|  | § 6º. Tanto para o plano-referência a que alude o art. 10, como para as segmentações previstas neste artigo, é facultada a inscrição de enteados do beneficiário, menores de idade, desde que comprovada a dependência financeira. |  |
| 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.Parágrafo Único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas.I - a recontagem de carências;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 qüinquagésimo dia de inadimplência; eIII - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. | Art. 13.     § 1º. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas.   |  |
|  | § 2º Nos planos exclusivamente odontológicos, a notificação do consumidor inadimplente poderá ser feita por qualquer meio que garanta a ciência da suspensão ou rescisão unilateral do contrato por não-pagamento da mensalidade, inclusive o meio eletrônico, na forma de regulamento. |  |
|  | Art. 13-A. O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parciais temporárias exigíveis e já cumpridos no plano de origem na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:I – o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;II – o contrato do plano de origem deve estar vigente;III – o plano de destino não deve estar com registro em situação ‘ativo com comercialização suspensa’, ou ‘cancelado’, salvo planos coletivos que estiverem com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora, em que não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados;IV - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão. § 1º O plano de destino poderá possuir segmentação assistencial mais abrangente do que o plano a que o beneficiário está vinculado, podendo ser exigido, neste caso, o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observando-se o disposto no inciso V do artigo 12 desta Lei, fixando os seguintes períodos de carência:I - prazo máximo de trezentos dias para partos a termo em cobertura obstétrica;II - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura odontológica;III - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura ambulatorial;IV - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura hospitalar;V - prazo máximo de vinte e quatro horas para casos de urgência e emergência em cobertura hospitalar. § 2º O plano de destino poderá possuir segmentação assistencial menos abrangente do que o plano a que o beneficiário está vinculado, podendo, neste caso, o beneficiário efetuar posterior portabilidade para plano com segmentação igual àquela do plano mais abrangente em que cumpriu carência, sem ter de cumprir novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária. |  |
|  | Art. 13-B. A operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados coletivamente, que almejar rescindir, imotivadamente, o contrato, terá de disponibilizar plano de assistência à saúde compatível na modalidade individual ou familiar aos beneficiários idosos, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. |  |
| 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-EParágrafo 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. | Art 15.       § 1º. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, sendo a variação da última faixa etária necessariamente aplicada em parcelas quinquenais, de acordo com o disposto neste artigo. §2º. Para aplicação do reajuste da última faixa etária a operadora, no momento em que o beneficiário completar 59 (cinquenta e nove) anos, calculará o valor nominal do reajuste dividindo-o em cinco parcelas, de no máximo 20% (vinte por cento) cada uma, que serão aplicadas a cada cinco anos. §3º. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa. §4º. O percentual de aumento previsto no caput deve ser distribuído de forma equitativa e equilibrada entre as faixas. |  |
| 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: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: | Art. 16.    § 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 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: § 2º. A todo consumidor de plano coletivo será obrigatoriamente entregue, no ato da assinatura do contrato, cópia do regulamento ou condições gerais do plano, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as características, direitos e obrigações. § 3º. Em caso de descumprimento do previsto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, aplicam-se as penalidades previstas no art. 25 desta Lei. |  |
|  | Art. 16-A. As operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei podem oferecer aos consumidores descontos relacionados à adesão a programas de prevenção oferecidos pela operadora, nos termos de regulamento. |  |
| Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.§ 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.§ 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.§ 3º Excetuam-se do previsto no § 2o os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:I - nome da entidade a ser excluída;II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; eIV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. | Art. 17.    |  |
|  | § 5º A ANS terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para analisar o pedido de redimensionamento da rede hospitalar a que se refere o § 4o deste artigo. § 6º Presume-se concedida a autorização do pedido de redimensionamento da rede hospitalar se a ANS não o analisar no prazo ao qual alude o § 5o deste artigo. |  |
| Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 1o e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2o deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3o deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo. | Art. 17-A.   |  |
|  | §7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão divulgar as tabelas com os valores pagos pelas consultas e procedimentos contratados nos seus portais corporativos na rede mundial de computadores. § 8º Os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço que compõem a rede assistencial deverão divulgar os valores dos insumos, produtos, diárias e taxas que utilizam na rede mundial de computadores e atualizar esses valores com periodicidade no mínimo semestral.      |  |
| 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.§ 1º. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU | Art. 22.     |  |
|  | § 1º-A. O parecer da auditoria independente a que se refere o caput deste artigo deverá indicar o índice de sinistralidade da operadora. |  |
| 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.§ 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:I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;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; ouIII - 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.§ 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.§ 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.§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; eIV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.§ 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.§ 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. | Art. 23.   |  |
|  | § 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que não tenham tido sua liquidação extrajudicial decretada poderão firmar acordos com, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos seus credores para:I – suspender a exigibilidade das obrigações vencidas;II – suspender a fluência do prazo das obrigações vincendas anteriormente contraídas;III – não fluência de juros;IV – renegociação de contratos;V – imposição de obrigações positivas e negativas à operadora. § 8º O acordo a que se refere o § 7º deste artigo suspende o curso da prescrição e de todas as ações e execuções movidas em face da operadora e terá prazo de, no máximo, 12 (doze) meses. |  |
| 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.§ 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.§ 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.§ 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.§ 4o O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.§ 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. | Art. 24.   |  |
|  | § 6º A alienação das carteiras das operadoras de planos de saúde, determinadas pela ANS ou realizadas voluntariamente, não implicam sucessão de créditos de qualquer espécie, inclusive os trabalhistas, que não estejam expressamente compreendidos no ato de alienação. § 7º. Na alienação de carteiras, sejam elas determinadas pela ANS ou realizadas de forma voluntária, a definição dos ativos a serem transferidos para o adquirente deve considerar todos os fatores importantes para a manutenção de seu equilíbrio financeiro e atuarial, inclusive a inexistência de carência para os clientes transferidos da operadora alienante para a adquirente. |  |
| 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:I - advertência;II - multa pecuniária;III - suspensão do exercício do cargo;IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;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. | Art. 25.    |  |
|  | § 1º A ANS aplicará as penalidades descritas neste artigo, de forma isolada ou cumulativamente, considerando a gravidade, as consequências do caso e o porte econômico das operadoras e demais parâmetros estabelecidos nesta Lei e em regulamento. § 2º A sanção de penalidade pecuniária será graduada, aplicando-se, sucessivamente, as agravantes, as atenuantes e os fatores de compatibilização das penalidades, todos eles previstos em regulamento. § 3º A aplicação de penalidade pecuniária deverá guardar proporcionalidade com a infração cometida. § 4º Qualquer penalidade pecuniária fundamentada na negativa injustificada de oferta de procedimento ou produto aos clientes da operadora não poderá superar em mais de dez vezes o valor do procedimento ou do produto a que se refere. § 5º Nas hipóteses de reincidência, poderá ser aplicada multa, nos termos do inciso II do caput, de até 30 (trinta) vezes o valor do procedimento ou do produto negado. § 6º O pagamento de multa em razão da negativa de atendimento não desobriga a operadora de cumprir a obrigação cujo inadimplemento ensejou a aplicação da multa. |  |
| 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. | 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. |  |
| 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. |  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 cinco 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.  |  |
| 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§ 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. | Art. 32.       § 1º. O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras ao ente federativo a que esteja vinculado o estabelecimento de saúde responsável pela prestação do serviço, com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS. |  |
| § 2º. Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor |   |  |
|  | § 2º-A. O ente federativo a que esteja vinculado o estabelecimento de saúde responsável pela prestação do serviço deverá comunicar a operadora de planos de saúde sobre o atendimento de paciente por ela segurado no prazo de 24 horas da sua entrada. § 2º-B. Após a comunicação de que trata o § 2º-A, caso o paciente permaneça internado, a operadora poderá:I – solicitar a transferência do paciente para hospital credenciado, quando não houver riscos para a sua saúde, conforme laudo do médico responsável; ouII – manter o paciente no estabelecimento de saúde, desde que pague o valor dos procedimentos a serem ressarcidos, com um acréscimo de 25% (vinte e cinco por cento). § 2º-C. O acréscimo de que trata o § 2º-B, inciso II, não será aplicado quando:I - o atendimento não exigir a internação do paciente, ou, no caso de internação, quando a transferência do paciente para hospital credenciado resultar em riscos para a sua saúde;II – o ente federativo ao qual couber o ressarcimento descumprir o prazo elencado no § 2º-A. |  |
| § 3º. A operadora efetuará o ressarcimento até o 15o (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. | § 3º. A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores ao fundo de saúde do respectivo ente federativo. § 3º-A. Os entes federativos deverão fornecer mensalmente à ANS informações sobre as contas correntes pelas quais as operadoras farão o ressarcimento referido no caput deste artigo. § 3º-B. As operadoras de planos de saúde deverão informar à ANS mensalmente os dados sobre os seus clientes segurados que forem necessárias ao ressarcimento de que trata o caput deste artigo, na forma do regulamento. |  |
| § 4o O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3o será cobrado com os seguintes acréscimos:I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;II - multa de mora de dez por cento.§ 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 |   |  |
| § 6º. O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. | § 6º. O produto da arrecadação dos juros será revertido ao ente federativo credor do ressarcimento e o produto da arrecadação da multa de mora será revertido ao Fundo Nacional de Saúde |  |
|  | Art. 32-A. Fica instituída a Taxa de Controle e Fiscalização sobre o Ressarcimento ao SUS – TCFR, cujo fato gerador é o exercício regular do poder de polícia conferido à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para controle e fiscalização do ressarcimento ao SUS de que trata o art. 32 desta Lei. |  |
|  | Art. 32-B. É sujeito passivo da TCFR a operadora do plano de saúde, quando seus consumidores e respectivos dependentes tiverem sido atendidos pelos serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. |  |
|  | Art. 32-C. A base de cálculo da TCFR é o valor total a ser ressarcido pela operadora aos entes federativos de que trata o § 1º do art. 32. |  |
|  | Art. 32-D. A alíquota da TCFR é de 5% (cinco por cento) sobre a base de cálculo. |  |
|  | Art. 32-E. A TCFR será devida no último dia útil de cada trimestre do ano civil e o recolhimento será efetuado à Conta Única do Tesouro Nacional, até o quinto dia útil do mês subsequente. |  |
|  | Art. 32-F. A TCFR não recolhida nos prazos e nas condições estabelecidas no artigo anterior será cobrada com os seguintes acréscimos:I – juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento;II – multa de mora de vinte por cento, reduzida a dez por cento se o pagamento for efetuado até o último dia útil do mês subsequente ao do vencimento;III – encargo de vinte por cento, substitutivo da condenação do devedor em honorários de advogado, calculado sobre o total do débito inscrito como Dívida Ativa, reduzido para dez por cento se o pagamento for efetuado antes do ajuizamento da execução. |  |
|  | Art. 32-G. A TCFR se destinará à ANS para ao custeio e manutenção dos procedimentos e dos sistemas informatizados para ressarcimento ao SUS. |  |
| 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. |  Art. 35-G.   Parágrafo único. O cumprimento ao disposto no caput não pode resultar em desconsideração da segmentação contratada, do Rol de Procedimentos e Eventos cobertos pelo plano de assistência à saúde, nem determinar a realização de procedimentos que não sejam aprovados pelos conselhos profissionais na área da saúde ou o fornecimento de medicamentos ou produtos para a saúde que não sejam certificados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. |  |
| 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.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. | Art. 35-L.     § 1º 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.   |  |
|  | § 2º Setenta e cinco por cento do valor constituído das provisões técnicas deverá, obrigatoriamente, ser lastreado por ativos garantidores. §3º Os recursos das operadoras podem ser aplicados em imóveis assistenciais, observados os seguintes limites:I – até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;II – até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para os planos de autogestão;III - até o total de 40% (quarenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;IV - até o total de 30% (trinta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde. § 4º Os recursos das operadoras podem ser aplicados em cotas de fundos de investimento em participações desde que o objeto de investimento do fundo seja exclusivamente a ampliação, reforma modernização, compra ou construção de imóveis médico-hospitalares e de diagnósticos, bem como de ambulatórios e centros de atenção primária, e desde que sejam observados os seguintes limites:I – até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;II – até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para os planos de autogestão;III - até o total de 40% (quarenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;IV - até o total de 30% (trinta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde. § 5º A soma do total das aplicações em imóveis assistenciais e em quotas de fundos de investimento em participações, de que tratam, respectivamente, os §§ 3º e 4º deste artigo, cumulada com outras aplicações em bens imóveis, não pode representar mais que:I – até o total de 80% (oitenta por cento) dos ativos garantidores, para as entidades filantrópicas;II – até o total de 70% (setenta por cento) dos ativos garantidores, para os planos de autogestão;III - até o total de 60% (sessenta por cento) dos ativos garantidores, para as cooperativas de saúde;IV - até o total de 50% (cinquenta por cento) dos ativos garantidores, para as demais operadoras de planos privados de assistência à saúde. § 6º Os bens imóveis referidos no § 3º deste artigo serão avaliados por seu valor de mercado, que deverá ser revisto anualmente. § 7º Os ativos garantidores constituem patrimônio separado e não podem responder por débitos das operadoras, inclusive débitos trabalhistas e tributários, que não aqueles assumidos com prestadores de serviços de assistência à saúde e com fornecedores de bens e serviços relacionados à atividade-fim da operadora. |  |
|  | Art. 35-N. Em demandas nas quais se pleiteie a realização de procedimento em saúde ou o fornecimento de produto para saúde ou medicamento, o juiz deverá, antes de conceder a tutela de urgência, requisitar parecer de profissional da saúde, integrante de núcleo de apoio técnico de que disponha o tribunal ou de entidade conveniada. § 1º Caso o tribunal não haja instalado núcleo de apoio técnico nem haja celebrado convênio, o juiz ouvirá perito de sua confiança. § 2º Em situações de grave e iminente risco à saúde ou à vida do autor, poderá o juiz, motivadamente, conceder a tutela de urgência requerida, dispensadas as providências do caput e do § 1º. |  |

**PROJETO DE LEI 7419/2006**

**LEI 10.741/2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art.15. (...) § 3ª. É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. | Art.15. (...) § 3º. É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade, sendo permitida a aplicação parcelada do reajuste da última faixa etária após os sessenta anos. |  |