



LEI N° 9.656, de 03 de julho de 1998 (DOU 4/6/98)

Dispõe sobre os 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 ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

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

I - operadores 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 - operadores 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.

§ 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:

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;

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.

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.

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, dispor sobre: (Art. 3º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

(Este artigo 3º terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

I - a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

II - as condições técnicas aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com as suas peculiaridades;

III - as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

IV - as normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

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;

VI - os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde;

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;

VIII - a direção fiscal, a liquidação extrajudicial e os procedimentos de recuperação financeira.

IX – normas de aplicação de penalidades. (Inciso IX com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá as características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

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:

"Art. 33. O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP será integrado pelos seguintes membros:

I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;

II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal;

III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal;

IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;

V - Presidente do Banco Central do Brasil, ou seu representante legal;

VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;

VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal.

§ 1º O Conselho será presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na sua ausência, pelo Superintendente da SUSEP.

§ 2º O CNSP terá seu funcionamento regulado em regimento interno."

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:

I - autorizar as pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

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;

III - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta lei;

IV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP.

V - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;

VI - promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras.

§ 1º * (Revogado pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 2º * (Revogado pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

(Este artigo 5º terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Art. 6º. * (Revogado pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Art. 7º. * (Revogado pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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:

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. Ficam dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos:

I – I, II, III e V, do caput, as operadoras de seguros privados a que alude o inciso II do § 1º do art. 1º; desta Lei; (Inciso I com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

II - VI e VII, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, definidas no § 2º do art. 1º.

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 e pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU. (Art. 9º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 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. 10. Fica 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; (Inciso I com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 o tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; (Inciso VII com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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

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 I a X serão objeto de regulamentação pelo CONSU.

§ 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 e as empresas que operam exclusivamente planos odontológicos. (§ 3º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 4º. A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, serão definidos por normas editadas pelo CONSU. (§ 4º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pelo CONSU. (Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde nas segmentações previstas nos incisos I a IV, deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Art. 12 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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. (Letra "b" com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

II - quando incluir internação hospitalar:

a.cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Letra "a" com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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; (Letra "b" com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

c. cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d.cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Letra "d" com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

e.cobertura de toda e qualquer taxa, 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; (Letra "e" com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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.

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; (Letra "c" com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

VI - reembolso, em todos os tipos de plano ou seguro, 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 ou seguro, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada; (Inciso VI com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 de 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 resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.

Parágrafo único. Da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde com redução de cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no artigo 10, deve constar declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, e de que este lhe foi oferecido. (Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 contratados individualmente terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I – a recontagem de carências;

II - 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;

III – a suspensão e a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular. (Parágrafo único e incisos com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta 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 pelo CNSP, a partir de critérios e parâmetros gerais fixados pelo CONSU. (Art. 15 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - as períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e as percentuais a que alude o caput do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário ou segurado;

VI - as 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 prevista nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

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

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

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

XII – número do certificado de registro da portadora, emitido pela SUSEP. (Inciso XII com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 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. * (§ 2º revogado pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 prestador de serviço contratado ou credenciado a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e ao Ministério da Saúde 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. (§ 1º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 2º. Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o parágrafo anterior, ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (§ 2º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 3º. Excetua-se do previsto no parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante o 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. (§ 3º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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:

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 número ilimitado de operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, sendo expressamente vedado às operadoras impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Inciso III com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 prazo de cento e oitenta dias, contados da expedição das normas pelo CNSP e CONSU, para requerer a sua autorização de funcionamento. (Art. 19 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei ficam 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 do disposto no art. 32.

§ 1º. 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.

§ 2º. Os servidores do Ministério da Saúde, especialmente designados pelo titular desse órgão para o exercício das atividades de fiscalização, na área de sua competência, tem livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender processos, contratos com prestadores de serviços, manuais de rotina operacional e demais documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo. (Art. 20 e §§ 1º e 2º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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.

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.

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

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 ficarão 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 a saúde.

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:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

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

V - inabilitação permanente para o 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, providenciado pela SUSEP, da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão. (Inciso VI com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Este artigo 25 terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

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. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP, no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração, serão aplicadas pela SUSEP, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta lei. (Art. 27 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Parágrafo único. As multas de que trata o caput constituir-se-ão em receitas da SUSEP. (Parágrafo único com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Este artigo 27 terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contados a partir do recebimento da intimação.

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 e ao CONSU, observadas suas respectivas atribuições, dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, preempção e outros atos processuais,

assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e ao contraditório. (Art. 29 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 da permanência no plano ou seguro, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 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. (§ 5º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

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 cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Art. 31 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 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 assumo o pagamento integral do mesmo.

§ 2º. * Revogado pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

§ 3º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 4º e 5º, do artigo anterior. (§ 3º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Art. 32. O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao Sistema Único de Saúde – SUS nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo

CONSU, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.

§ 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, e ao Sistema Único de Saúde - SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CONSU, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros. (§ 1º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 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 CONSU fixará normas aplicáveis ao processo de glosa dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. (§ 4º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 5º. A entidade prestadora de serviços que receber o ressarcimento diretamente das operadoras informará mensalmente ao Ministério da Saúde a discriminação dos serviços prestados, dos valores recebidos e os dados cadastrais dos consumidores, na forma da regulamentação. (NR) (§ 5º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, fica garantido ao consumidor o acesso a 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. 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, observado o prazo estabelecido no § 1º. (Art. 35 com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 1º. A adaptação aos termos desta legislação de todos os contratos celebrados anteriormente à vigência desta lei dar-se-á no prazo máximo de quinze meses a partir da data de vigência desta lei, sem prejuízo do disposto no artigo 35-H. (§ 1º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

§ 2º. A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos artigos 30 e 31 desta lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original. (§ 2º com redação dada pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98).

Art. 2º. A Lei nº. 9.656, de 1998 passa a vigorar acrescida dos seguintes artigos:

* Artigo 2º da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, e em especial:

I. regulamentar as atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no que concerne aos conteúdos e modelos assistenciais, adequação e utilização de tecnologias em saúde;

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

III. fixar as diretrizes para a cobertura assistencial;

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

V. estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI. fixar, no âmbito de sua competência, as normas de fiscalização, controle e aplicação de penalidades previstas nesta Lei;

VII. estabelecer normas para intervenção técnica nas operadoras;

VIII. estabelecer as condições mínimas, de caráter técnico-operacional dos serviços de assistência à saúde;

IX. estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;

X. estabelecer normas relativas à utilização, pelas empresas de assistência médica suplementar, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

XI. deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

XII. normatizar os conceitos de doença e lesão preexistente;

XIII. qualificar, para fins de aplicação desta Lei, as operadoras de planos privados de saúde;

XIV. outras questões relativas à saúde suplementar.

§ 1º. O CONSU terá o seu funcionamento regulado em regime interno.

§ 2º. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos. (NR)

Este artigo 35-A terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes membros ou seus representantes:

I. Ministro de Estado da Saúde;

II. Ministro de Estado da Fazenda;

III. Ministro de Estado da Justiça;

IV. Superintendente da SUSEP;

V. do Ministério da Saúde:

a.Secretário de Assistência à Saúde; b.Secretário de Políticas de Saúde.

§ 1º. O CONSU será presidido pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência, pelo Secretário-Executivo do respectivo Ministério.

§ 2º. O Secretário de Assistência à Saúde, ou representante por ele especialmente designado, exercerá a função de Secretário do Conselho.

§ 3º. Fica instituída, no âmbito do CONSU, a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, integrada:

I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

a.da Saúde, na qualidade de seu Presidente; b.da Fazenda; c.da Previdência e Assistência Social; d.do Trabalho; e.da Justiça.

II - pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante na qualidade de Secretário;

III - pelo Superintendente da SUSEP, ou seu representante;

IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:

- a. Conselho Nacional de Saúde;
- b. Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
- c. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
- d. das entidades de defesa do consumidor
- e. dos entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- f. dos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro;
- g. dos órgãos superiores de classe que representem o segmento de auto-gestão de assistência à saúde;
- h. dos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo;
- i. das entidades que representem as cooperativas de serviços médicos;
- j. das entidades filantrópicas da área de saúde;
- k. das entidades nacionais de representação da categoria dos médicos;
- l. das das entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;
- m. dos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;
- n. da Federação Brasileira de Hospitais.

§ 4º. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde. (NR)

Este artigo 35-B terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 35-C. Compete ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:

I - formular e propor ao CONSU as normas de procedimentos relativos à prestação de serviços pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde;

II - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde;

III - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos e seguros privados de saúde e garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

IV - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

V - fiscalizar questões concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

VI - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde, com a finalidade de preservar a qualidade da atenção à saúde;

VII - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços próprios, referenciados, contratados ou conveniados oferecidos pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde;

VIII - fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas pelo CONSU;

IX - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde previstas nesta Lei, segundo as normas fixadas pelo CONSU. (NR)

Este artigo 35-C terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 35-D. É obrigatória a 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. (NR)

Art. 35-E. Sempre que ocorrerem graves deficiências em relação aos parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, o Ministério da Saúde poderá designar, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-técnico com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CONSU.

§ 1º. O descumprimento das determinações do diretor-técnico por administradores, conselheiros ou empregados da entidade 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 e à ampla defesa, sem efeito suspensivo, para o CONSU.

§ 2º. Os administradores da operadora que se encontrarem em regime de direção-técnica ficarão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime em face de atos ou fatos relativos à respectiva gestão, podendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.

§ 3º. No prazo que lhe for designado, o diretor-técnico procederá à análise da situação da operadora e proporá ao Ministério da Saúde as medidas cabíveis.

§ 4º. No caso de não surtirem efeito as medidas especiais para regularização da operadora, o Ministério da Saúde determinará à SUSEP a aplicação da penalidade prevista no art. 25, inciso VI, desta Lei.

§ 5º. Antes da adoção da medida prevista no parágrafo anterior, o Ministério da Saúde assegurará ao infrator o contraditório e a ampla defesa. (NR)

Este artigo 35-E terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 35-F. As multas fixadas pelo CONSU, no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração, serão aplicadas pelo Ministério da Saúde, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). (NR)

Este artigo 35-F terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 35-G. Aplica-se às operadoras de planos de assistência à saúde a taxa de fiscalização instituída pela Lei Nº 7.944, de 20 de dezembro de 1989.

§ 1º. O Ministério da Saúde e a SUSEP firmarão convênio com o objetivo de definir as respectivas atribuições, no que se refere à fiscalização das operadoras de planos e seguros de saúde.

§ 2º. O convênio de que trata o parágrafo anterior estipulará o percentual de participação do Ministério da Saúde na receita da taxa de fiscalização incidente sobre operadoras de planos de saúde e fixará as condições dos respectivos repasses. (NR)

Art. 35-H. A partir de 5 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 SUSEP;

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

III - é vetada a suspensão ou denúncia unilateral do contrato 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.

§ 1º. Nos contratos individuais de planos ou seguros de saúde, independentemente da data de sua celebração, e pelo prazo estabelecido no § 1º do art. 35 desta Lei, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias, vinculadas à sinistralidade ou à variação de custos, dependerá de prévia aprovação da SUSEP.

§ 2º. O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.
(NR)

Este artigo 35-H terá eficácia a partir de 5/6/98, conforme o artigo 3º., da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

* Artigos 35-A a 35-H acrescentados pela Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

Art. 3º. Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-C, 35-E, 35-F, 35-H da Lei nº 9.656, de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998.

Art. 4º. O Poder Executivo fará publicar no Diário oficial da União, no prazo de trinta dias, após a conversão desta Medida Provisória em lei, texto consolidado da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 5º. Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º. Ficam revogados os §§ 1º e 2º do art. 5º, os arts. 6º e 7º, o § 2º do art. 16 e o § 2º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

* Artigo 3º, 4º, 5º e 6º da Medida Provisória n. 1.665-00, de 4/6/98.

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