



Consumidores criticam alteração em planos de saúde

A Medida Provisória 2.177-43 estabelece novas regras para os planos de saúde. A norma – em seus artigos tidos como “polêmicos” pela Ordem dos Advogados do Brasil e diversas entidades médicas – permite que os planos sejam mais segmentados do que o previsto pela Lei 9.656/98. As entidades que representam os consumidores estão criticando a medida.

“Passamos três anos tentando tornar os planos mais abrangentes. É uma loucura, o maior retrocesso”, diz Eleuses Paiva, presidente da Associação Médica Brasileira, em entrevista à Gazeta Mercantil.

Segundo o advogado e membro da Comissão de Defesa do Consumidor da seccional paulista da OAB, Aristóbulo Freitas, pode haver mudança do mercado e oferecimento de planos muito restritos, que vão encarecer os custos forçar o consumidor a contratar várias opções de assistência médica.

“É uma clara evidência de que o governo está cedendo às operadoras de saúde”, completa Freitas.

Veja a Medida Provisória.

MEDIDA PROVISÓRIA No 2.177-43, DE 27 DE JULHO DE 2001.

Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei.

Art. 1º A Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos ou integrantes de rede própria, 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 Parágrafo 1o deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

Parágrafo 1o Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, ambulatorial, hospitalar ou odontológica, e outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) 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; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

Parágrafo 2o Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

Parágrafo 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.

Parágrafo 4o É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o deste artigo.” (NR)

“Art. 8o Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- I – comprovação de sua regular constituição;
- II – demonstração da viabilidade econômico-financeira, respeitadas suas peculiaridades operacionais;
- III – designação do responsável técnico;



IV – descrição dos produtos a serem registrados e comercializados, com suas respectivas áreas de atuação.

Parágrafo 1º São dispensadas do cumprimento da condição estabelecida no inciso II deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão patrocinada.

Parágrafo 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1º do art 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

Parágrafo 3º O responsável técnico de que trata o inciso III deste artigo deverá estar registrado junto aos Conselhos Regionais de Medicina ou Odontologia, conforme o caso.

Parágrafo 4º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.” (NR)

“Art. 8º-A Para obter a autorização para a comercialização ou disponibilização dos planos ou produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1º do art. 1º desta Lei, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- I – descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
- II – descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços;
- III – especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
- IV – demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
- V – especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.



VI – demonstração da viabilidade econômico-financeira, atuarial e técnica do plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo 1o São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos V e VI deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão patrocinada.

Parágrafo 2o A autorização de comercialização ou de disponibilização será cancelada caso a operadora não comercialize ou disponibilize os planos ou produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

Parágrafo 3o A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização ou disponibilização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômica-financeira ou assistencial.” (NR)

“Art. 9o Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão disponibilizar ou comercializar estes produtos se:

I – as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e

II – os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

Parágrafo 1o O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.

Parágrafo 2o A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.” (NR)

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I – tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

.....



VII – fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

.....

X – casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Parágrafo 1o As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

Parágrafo 2o As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

Parágrafo 3o Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o Parágrafo 2o deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos

Parágrafo 4o A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.” (NR)

“Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.” (NR)

“Art. 12. São facultadas a oferta, a disponibilização, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 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 –

.....

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II –



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;

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;

.....

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;

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

f) cobertura de despesas de um acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito ou maiores de sessenta e cinco anos;

III –

.....

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de quarenta e cinco dias do nascimento ou da adoção;

.....

V –

a) prazo máximo de trezentos dias para partos;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais procedimentos previstos no art. 10;

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI – reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de



serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

VII – inscrição de filho natural ou adotivo, menor de doze anos de idade, como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor quando inscrito até quarenta e cinco dias do nascimento ou da adoção.

Parágrafo 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

Parágrafo 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 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.” (NR)

“Art. 12-A. A ANS poderá autorizar a disponibilização ou comercialização de produtos ou planos privados de assistência à saúde, com segmentações, subsegmentações e exigências mínimas diferenciadas e específicas, além de:

I – plano ou produto organizado em sistema hierarquizado e gerenciado, vedada a segmentação e compreendendo as mesmas coberturas do plano-referência previstas no art. 10 desta Lei;

II – plano ou produto com preços de comercialização, reajustes e revisão e condições especiais de mobilidade dos beneficiários;

III – plano ou produto com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade dos serviços de assistência à saúde na respectiva área de abrangência.

Parágrafo 1º Nos planos e produtos a que se referem o caput deste artigo e seus incisos é vedada a exclusão de doenças e a limitação quantitativa de procedimentos.

Parágrafo 2º Após consulta pública e observado o disposto na alínea “i” do inciso IV do art. 35-A, a ANS fixará os requisitos, exigências, restrições, abrangência geográfica e condições gerais de operação a serem cumpridos pelas operadoras para a disponibilização ou comercialização de planos e produtos autorizados na forma deste artigo.

Parágrafo 3º É requisito obrigatório ao registro na ANS e à comercialização de produtos ou planos conforme o disposto neste artigo a comercialização há um ano ou mais, do plano-referência registrado na ANS.” (NR)

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 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 quinquagésimo dia de inadimplência; e

III – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.” (NR)

“Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.” (NR)

“Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com sessenta anos de idade ou mais, que participarem há mais de dez anos de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o, ofertados pela mesma operadora ou sucessora desta.” (NR)

“Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

.....

IV – as faixas etárias e os respectivos percentuais de variação;

V – as condições de perda da qualidade de beneficiário;

.....

VII – modalidades de contratação:

a) individual ou familiar; ou

b) coletivos;



VIII – a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica, ou qualquer outro tipo de mecanismo de regulação;

.....

X – a área geográfica de abrangência;

.....

XII – condições de mobilidade;

XIII – categoria do plano ou produto:

a) reembolso;

b) rede

c) rede e reembolso; ou

d) acesso;

XIV – tipo de segmentação;

XV – número de registro da operadora e do produto na ANS;

XVI – os quesitos relativos à declaração de saúde.

Parágrafo 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 Parágrafo 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

Parágrafo 2º Entende-se para os efeitos desta Lei:

I – plano de reembolso: aquele em que o usuário escolhe livremente o prestador de serviço, sendo reembolsado, nos limites pactuados, do valor despendido, não sendo permitidos mecanismos de regulação assistencial de uso pelas operadoras;

II – plano de rede: aquele em que o usuário tem direito a assistência à saúde por meio da garantia de rede de serviços pré-definida e pactuada com livre escolha de prestador de serviço dentro da relação de credenciados, cooperados ou referenciados da operadora; e



III – plano de acesso: aquele em que o usuário tem direito a assistência à saúde por meio de garantia de acesso à rede hierarquizada de serviços, com mecanismos de regulação definidos pela ANS, vedado o reembolso, salvo nos casos de urgência e emergência.

Parágrafo 3o É admitida a hipótese de planos com características descritas nos incisos I e II do Parágrafo 2o deste artigo.

Parágrafo 4o A ANS disciplinará as categorias de planos e produtos previstas nos ParágrafoParágrafo 2o e 3o e a mobilidade de que trata o inciso XII, ambos deste artigo.” (NR)

“Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, em plano de rede, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

Parágrafo 1o É facultada a substituição de entidade hospitalar, em plano de rede, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

Parágrafo 2o Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o Parágrafo 1o ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Parágrafo 3o Excetua-se do previsto no Parágrafo 2o os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

Parágrafo 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; e

IV – justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.” (NR)

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, implicará, além do cumprimento do previsto nos respectivos contratos,



as seguintes obrigações e direitos:

.....

III – a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional;

IV – o registro do responsável técnico junto aos conselhos regionais de medicina, odontologia e outros, conforme o caso, quando se tratar de clínicas ambulatoriais, de diagnóstico ou tratamento, ou de hospitais.

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.” (NR)

“Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS.

Parágrafo 1o Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a disponibilização, comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.

Parágrafo 2o Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:

I – registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II – nome fantasia;

III – CNPJ;

IV – endereço;

V – telefone, fax e e-mail; e

VI – principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.



Parágrafo 3o Para registro provisório dos produtos a serem comercializados e disponibilizados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:

- I – razão social da operadora ou da administradora;
- II – CNPJ da operadora ou da administradora;
- III – nome do produto;
- IV – segmentação da assistência;
- V – modalidade de contratação;
- VI – abrangência geográfica da cobertura;
- VII – faixas etárias e respectivos percentuais de variação;
- VIII – rede hospitalar vinculada à cada produto;
- IX – categoria do plano ou produto;
- X – demonstração de viabilidade conforme disciplinamento da ANS;
- XI – tipo de acomodação;
- XII – outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

Parágrafo 4o Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.

Parágrafo 5o Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

Parágrafo 6o O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o.

Parágrafo 7o As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o Parágrafo 1o deste artigo.” (NR)

“Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas as suas



atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

Parágrafo 1o Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o Parágrafo 1o do art. 1o desta Lei.

Parágrafo 2o Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o Parágrafo 1o deste artigo.” (NR)

“Art. 21.

.....

II – com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa.” (NR)

“Art. 22.

Parágrafo 1o A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU.

Parágrafo 2o As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.” (NR)

“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.

Parágrafo 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; ou

III – nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei no 7.661, de 21 de junho de 1945.



Parágrafo 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.

Parágrafo 3o À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do Parágrafo 1o deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.

Parágrafo 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; e
- IV – prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

Parágrafo 5o A ANS, no caso previsto no inciso II do Parágrafo 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.

Parágrafo 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.” (NR)

“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.

Parágrafo 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.

Parágrafo 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.



Parágrafo 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.

Parágrafo 4o O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

Parágrafo 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.” (NR)

“Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

Parágrafo 1o A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.

Parágrafo 2o Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.

Parágrafo 3o A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:

I – aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no Parágrafo 1o, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;

II – aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no Parágrafo 1o, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

Parágrafo 4o Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.

Parágrafo 5o A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.

Parágrafo 6o Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem



solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.” (NR)

“Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.” (NR)

“Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de

natureza trabalhista e tributários.” (NR)

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

“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 Parágrafo 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:

.....

IV – inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde;

.....

VI – cancelamento de autorização de funcionamento e de registro de operadora;

VII – alienação de carteira;

VIII – cancelamento da autorização de comercialização e de registro de plano ou produto. (NR)”

“Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.” (NR)

“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 Parágrafo 6o do art. 19.” (NR)

“Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos.

Parágrafo 1o O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:

I – cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

II – corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

Parágrafo 2o O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:

I – obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido;

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

Parágrafo 3o A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.

Parágrafo 4o O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do Parágrafo 2o, acarreta a revogação da suspensão do processo.

Parágrafo 5o Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.

Parágrafo 6o Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.

Parágrafo 7o Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.

Parágrafo 8o O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.

Parágrafo 9o A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos parágrafos 1o a 7o deste artigo.” (NR)

“Art. 29-A. ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na



implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

Parágrafo 1o O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.

Parágrafo 2o Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

Parágrafo 3o O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, Parágrafo 2o, do art. 29 desta Lei.

[Veja a continuação da MP dos planos de saúde](#)

Date Created

15/08/2001