

QUARTA-FEIRA, 04 DE NOVEMBRO DE 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR RESOLUÇÃO Nº 2, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes previstas no inciso XII do artigo 35^A e no artigo 11 da Lei nº 9.656/98.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e, resolve:

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

Art. 2º Para efeitos desta Resolução, entende-se como:

I - "segmentação", cada um dos tipos de planos de que trata o Art. 12 da Lei nº 9.656/98;

II - "cobertura parcial temporária", aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato e relativas às alíneas abaixo, cumulativamente ou não:

- a. quaisquer doenças específicas;
- b. coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei n.º 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
- c. doenças e lesões preexistentes;

III - "agravo"- qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde.

Art. 3º Nos planos ou seguros individuais ou familiar de assistência à saúde contratados após a regulamentação da Lei n.º 9.656/98, fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei n.º 9.656/98.

§1º Será escolhido pelo consumidor, um médico para proceder à uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o consumidor.

§ 2º Caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus dessa entrevista.

§ 3º A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato ou apólice.

§4º O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

§5º Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor.

Art. 4º Sendo constatada pela operadora por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar impacto nos custos, será obrigatório o

oferecimento das alternativas previstas nesta regulamentação, ou seja: a cobertura parcial temporária e agravo do contrato.

Parágrafo único: A escolha de uma das alternativas constantes do *caput* deste artigo dependerá exclusivamente de decisão do consumidor por meio de declaração expressa.

Art. 5º A cobertura parcial temporária dar-se-á de acordo com a definição do inciso II do artigo 2º desta Resolução e terá prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data de assinatura do contrato.

§1º Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados à doença ou lesão preexistente terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial, independente do contrato firmado.

§2º Findo o prazo do *caput* deste artigo, a cobertura passará a ser integral constante da segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98, não cabendo qualquer tipo de agravo.

§3º Não haverá exclusão por doenças e lesões preexistentes no caso de contratos coletivos empresarial ou por adesão, de empresas, já definidos em regulamentação específica.

Art.6º Nos casos em que o consumidor optar expressamente pela alternativa de agravo do contrato, a operadora deverá oferecer proposta esclarecendo a diferença de valores envolvidos em comparação com os demais planos da mesma segmentação.

Parágrafo único - À operadora caberá efetuar os estudos de agravo possíveis e, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, comprovar os valores resultantes.

Art. 7º A operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

§1º À operadora caberá o ônus da prova.

§2º A operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.

§3º Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro, o consumidor terá que ser comunicado imediatamente pela operadora.

§4º Caso o consumidor não concorde com a alegação, a operadora deverá encaminhar a documentação pertinente ao Ministério da Saúde, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§5º Se solicitado pelo Ministério da Saúde, o consumidor deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§6º Após julgamento e acolhida à alegação da operadora pelo Ministério da Saúde, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação a que se refere o § 3º deste artigo.

§ 7º Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pelo Ministério da Saúde.

Art. 8º Às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

Art. 9º. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98 e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações, bem como, no que couber, aos demais contratos vigentes.

Parágrafo único A partir da data de publicação desta Resolução, os contratos de que trata o artigo 3º e que contenham cláusula de exclusão de doenças ou lesões preexistentes estão sujeitos à aplicação dos conceitos definidos nesta Resolução e ao julgamento administrativo da alegação por parte do Ministério da Saúde, na forma dos parágrafos 4º, 5º, 6º e 7º do artigo 7º.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 3, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

"Dispõe sobre a fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde."

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º O Ministério da Saúde fiscalizará, em todo o território nacional, a atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, observando o disposto no art. 35-C da Lei 9656/98 e as disposições desta Resolução.

Parágrafo Único: A ação fiscalizadora deverá garantir o cumprimento regular dos dispositivos legais e regulamentais incluindo a abrangência das coberturas de patologias e procedimentos, os aspectos sanitários e epidemiológicos e à garantia de rede assistencial compatível com a demanda estimada.

Art. 2º A fiscalização de que trata esta Resolução abrangerá todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, no território nacional, quaisquer que sejam suas modalidades de gestão e tipos de planos operados.

Art. 3º Uma vez constatada infração às disposições legais e demais normas regulamentares pertinentes, a autoridade competente no Ministério da Saúde deverá:

I - lavrar o auto de infração indicando o dispositivo legal ou regulamentar transgredido, assinando o prazo de 10 (dez) dias para apresentação da defesa ou impugnação;

II - instaurar o competente processo administrativo;

III - proferir o julgamento aplicando a penalidade cabível de acordo com a natureza e a gravidade da infração cometida, as circunstâncias atenuantes e agravantes e os antecedentes do infrator;

IV - comunicar à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, os casos que dependerão de sua participação, de acordo com a Lei 9656/98.

Art. 4º Sem prejuízo das sanções de natureza fiscal, civil ou penal cabíveis, as infrações de que trata esta resolução serão punidas, alternativa e cumulativamente, com as penalidades de:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

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

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere a Lei n.º 9.656/98, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

VI - cancelamento providenciado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, da autorização de funcionamento, ou de operação no ramo e alienação da carteira da operadora mediante leilão.

§ 1º As penalidades serão aplicadas às operadoras, seus administradores, membros de conselhos administrativos e deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

§ 2º 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 nomear um diretor-técnico com as atribuições a serem determinadas pelo CONSU.

§ 3º A multa pecuniária de que trata o inciso II do *caput* deste artigo será aplicada com base nas seguintes variações:

I - nas infrações leves - de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

II - nas infrações graves - de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais);

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Art. 5º Para a aplicação das penalidades, a autoridade deverá considerar:

I - a gravidade do fato, tendo em vista o risco e as suas conseqüências para a saúde do usuário;

II - os antecedentes da operadora quanto à prestação de serviços de saúde suplementar.

III - as circunstâncias atenuantes e agravantes.

Art. 6º São circunstâncias atenuantes:

I - a infração ter sido cometida diretamente pelo prestador de serviços contratado ou referenciado, sem concorrência de qualquer empregado ou representante da operadora;

II - não haver registros de punição anterior para a operadora e a falta cometida ser de natureza leve;

III - ter o infrator adotado espontaneamente as providências pertinentes para reparar a tempo, os efeitos da infração.

Art. 7º São circunstâncias agravantes:

I - A reincidência;

II - a infração ter gerado vantagens financeiras diretas ou indiretas para a operadora ou seus prestadores;

III - ter a prática infrativa importado em risco ou em conseqüências danosas à saúde do usuário;

IV - deixar o infrator, tendo conhecimento do ato lesivo, de tomar as providências para evitar ou atenuar suas conseqüências;

VI - ser a infração cometida mediante fraude ou má fé.

Parágrafo único. A reincidência específica torna o infrator passível de enquadramento na penalidade máxima.

Art. 8.º Havendo concurso de circunstâncias atenuantes e agravantes, a aplicação da pena será considerada em razão das que sejam preponderantes.

Art. 9º As infrações de que trata esta Resolução serão classificadas, para fins de aplicação de penalidades, em:

I - leves, aquelas em que forem verificadas somente circunstâncias atenuantes;

II - graves, aquelas em que forem verificadas até duas circunstâncias agravantes;

III - gravíssimas, a reincidência específica e aquelas em que forem verificadas mais de duas circunstâncias agravantes.

Art. 10 A não observância dos preceitos estabelecidos na Lei 9656/98 e das normas estabelecidas pelo CONSU, será considerada prática infrativa, e em especial:

I - deixar de garantir a cobertura prevista nos planos ou seguros privados de assistência à saúde;

II - interromper a internação hospitalar do usuário do plano ou seguro privado de saúde, sem autorização do médico assistente;

III - exigir do usuário prestação excessiva, além dos limites estabelecidos na lei e no contrato do plano ou seguro;

VI - deixar de fornecer ao Ministério da Saúde as informações de natureza cadastral e dados estatísticos, conforme o estabelecido no art. 20 da Lei n.º 9.656/98;

V - não atender, no prazo fixado, sem causa justificada, a diligência proposta pelo agente da fiscalização do Ministério da Saúde;

VI - obstruir ou dificultar o livre exercício das inspeções e fiscalização;

VII - sonegar documento ou informação, em inspeção ou fiscalização;

VIII - concorrer para deficiências em relação aos parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros, oferecidos pela operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde;

IX - suspender ou denunciar unilateralmente o contrato individual ou familiar de plano ou seguro privado de assistência à saúde, salvo por não pagamento da mensalidade ou por fraude, conforme disposto na Lei 9.656/98;

X - deixar de fornecer, ao contratante, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro de assistência à saúde, além do material explicativo que deverá ser feito em linguagem simples e precisa, com todas as suas características, direitos e obrigações, conforme dispõe o § 1º do art. 16 da n.º Lei n.º 9.656/98;

XI - recusar a participação em plano ou seguro privado de assistência à saúde, em razão da idade do proponente, ou por , doença ou lesão preexistente, conforme dispõe o art. 14 da Lei 9.656/98 e regulamentação específica.

§ 1º Caracterizado o concurso de infrações as penalidades serão aplicadas cumulativamente.

§ 2º A prática continuada de procedimento definido como infração na lei 9656/98 ou nas resoluções do CONSU, deverá ser considerada caso a caso para fins de aplicação dos critérios de quantificação da penalidade.

Art. 11 As infrações serão apuradas em processo administrativo próprio iniciado mediante:

I - lavratura de auto de infração;

II - denúncia ou reclamação encaminhada ao Ministério da Saúde;

III - solicitação , encaminhada por autoridade competente.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde formalizará em ato próprio, dentro de trinta dias a partir da publicação desta Resolução, norma regulamentadora dispondo sobre:

a. instauração, instrução, trâmite e julgamento de infrações;

b. interposição, trâmite e julgamento de recursos;

- c. definição e contagem de prazos processuais;
- d. cálculo das multas a serem aplicadas dentro das faixas de valor e da classificação de infrações estabelecidas nesta Resolução;
- e. recolhimento de multas;
- f. cálculo dos prazos de duração das penalidades previstas nos incisos III, IV, e V do art. 25 da Lei 9656/98.

Art. 12 As infrações de que trata esta Resolução prescrevem em 05 (cinco) anos.

§ 1º A prescrição interrompe-se pela notificação, ou outro ato da autoridade competente, que objetive a sua apuração e conseqüente imposição de pena.

Art. 13 Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 4, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - "segmentação" - cada um dos tipos de planos previstos nos incisos de I a IV do art. 12 da Lei 9656/98;

II - "data base" ou "data de renovação do contrato" - data de aniversário do contrato;

III - "vigência do contrato" - a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato, considerando cumulativamente os períodos de dois ou mais planos equivalentes, quando sucessivos numa mesma operadora, independente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão;

IV - "cobertura parcial temporária" - aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato e relativas as alíneas abaixo:

- a. quaisquer doenças específicas;
- b. coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei n.º 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
- c. doenças e lesões preexistentes.

V - "agravo" - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde.

Art. 2º O prazo para adaptação dos contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei n.º 9.656/98, previsto no § 1º do art. 35, deverá ser o do vencimento da periodicidade do contrato quando de sua assinatura;

§ 1º - A critério do contratante, o contrato poderá ser renovado, mantidas as condições anteriores à Lei n.º 9.656/98, desde que seu prazo de vigência seja, no máximo, até 02 de dezembro de 1999, conforme dispõe o § 1 do artigo 35 da referida Lei.

§ 2º - O prazo citado no caput deste artigo somente poderá ser antecipado por opção única e exclusiva do contratante, no caso de contratos individuais ou por opção da empresa contratante, no caso dos contratos coletivos.

§ 3º - O prazo limite para que o consumidor possa adaptar seu contrato à nova legislação com as garantias previstas no § 2º do artigo 35, obedecerá o previsto no § 1º do mesmo artigo da Lei n.º 9.656/98 que expira em 02 de dezembro de 1999.

Art. 3º Os contratos deverão ser adaptados às coberturas previstas em regulamentação específica para uma ou mais das segmentações de que trata o art. 12 da Lei n.º 9.656/98, inclusive adequando os valores das contraprestações em função de suas abrangências, observado os casos especiais tratados nesta regulamentação.

§ 1º Aos preços dos contratos não é permitido agravo em função da cobertura à doenças e lesões preexistentes.

§ 2º Os contratos em vigor há 5 (cinco) anos ou mais e os contratos que não possuem cláusula de exclusão de doenças e lesões preexistentes, doenças específicas e/ou coberturas estabelecidas nos

artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações específicas, não são passíveis de exclusões e nem de cobertura parcial temporária.

Art. 4º. Os contratos em vigor há menos de 5 (cinco) anos, que possuam cláusula de exclusão de doenças específicas e/ou coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, conforme regulamentações específicas e/ou doenças e lesões preexistentes, são passíveis de cláusula de cobertura parcial temporária.

Parágrafo único - os prazos para cobertura parcial temporária obedecerão o critério de tempo de vigência do contrato à data da sua adaptação na forma a seguir:

I - os contratos com 18 (dezoito) meses ou mais de vigência na data de sua adaptação, estarão sujeitos à cobertura parcial temporária definida no inciso IV do artigo 1º desta resolução, por um período máximo de 06 (seis) meses, devendo o valor da contraprestação pecuniária, após o cumprimento do prazo, ser idêntico ao praticado pela operadora para os contratos referente a segmentação;

II - os contratos com períodos inferiores a 18 (dezoito) meses de vigência na data de sua adaptação, estarão sujeitos à cobertura parcial temporária definida no inciso IV do artigo 1º desta resolução, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência dos contratos, devendo o valor da contraprestação pecuniária, após o cumprimento do prazo, ser idêntico ao praticado pela operadora para os contratos referente a segmentação.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos existentes anteriores à vigência da Lei nº 9.656/98.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA
RESOLUÇÃO Nº 5, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

**Dispõe sobre a caracterização de Autogestão
mediante a Lei nº9.656/98 e dentro do segmento
supletivo de assistência à saúde no Brasil.**

O **Conselho de Saúde Suplementar - CONSU**, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º - Para fins de aplicação das disposições contidas na Lei nº 9.656/98, são caracterizados como sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão aqueles destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Parágrafo único: O grupo familiar a que se refere o caput deste artigo está limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e afim.

Art. 2º - As autogestões deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada.

Art. 3º - A administração de seus recursos assistenciais próprios, de credenciados, de contratados e/ou referenciados deverá ser realizada de forma direta, não sendo permitida a terceirização, exceto através de convênios de reciprocidade com entidades congêneres, ou em regiões com dificuldade ou carência de contratação direta .

Art. 4º - Deverão constar da documentação legal de constituição e seu regulamento a participação financeira do usuário e da empresa ou provedora, se for o caso, as condições de ingresso e de exclusão, a forma de cálculo dos reajustes, as coberturas e exclusões assistenciais dentro dos parâmetros estabelecidos pelo CONSU, as carências, as franquias ou fatores moderadores e demais condições estabelecidas na Lei nº 9.656/98.

Parágrafo único - Quando a gestão não for através de órgãos da própria empresa, conforme previsto no artigo 2º desta resolução, deverá constar também da documentação, a eventual participação do usuário nos órgãos de administração.

Art. 5º - Os programas assistenciais existentes dentro da autogestão com fins específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como os de gestão de custos para doenças crônicas e preexistentes, deverão ser protocolados no Ministério da Saúde.

Art. 6º - É de competência do Ministério da Saúde a concessão do registro de qualificação na categoria de autogestão, para fins de aplicação da legislação e normas em vigor para esta modalidade, na área de prestação de serviços de assistência à saúde.

§ 1º - Para fins de obtenção do registro referido no *caput* deste artigo, as empresas ou entidades deverão:

I - firmar, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, sem ônus financeiro, ajuste ou convênio de parceria, ou de cooperação, em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças;
II - disponibilizar, sempre que solicitado pelo Ministério da Saúde e, em prazo previamente acordado, informações de índices de desempenho, base de dados, custos e outros sobre gestão de saúde.

§ 2º - Na assinatura dos termos de ajuste ou convênios, poderão representar o Ministério da Saúde, os titulares da sua estrutura regimental, sendo objetivo deste artigo o estabelecimento de parâmetros para acompanhamento do mercado.

Art. 7º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 6, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e, considerando o disposto no art. 15 da referida Lei, resolve:

Art. 1º Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados a assistência à saúde, observando-se o máximo de 07 (sete) faixas, conforme discriminação abaixo:

- I - 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade;
- II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- VII - 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Art. 2º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão adotar por critérios próprios os valores e fatores de acréscimos das contraprestações entre as faixas etárias, desde que o valor fixado para a faixa etária prevista no inciso VII do art. 1º desta Resolução, não seja superior a seis vezes o valor da faixa etária prevista no inciso I do art. 1º desta Resolução.

§ 1º A variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que participa do um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98.

§ 2º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior deverá considerar cumulativamente os períodos de dois ou mais planos ou seguros, quando sucessivos e ininterruptos, numa mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

Art. 3º É vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor.

Art. 4º O valor atribuído de contraprestação para cada faixa etária dos titulares e dependentes, dentro do limite previsto nos artigos anteriores, deverá ser previamente esclarecido e constar expressamente do instrumento contratual.

Art. 5º Na adaptação dos contratos em vigor aos critérios estabelecidos na Lei nº 9.656/98, observado o prazo previsto no § 1º do artigo 35 da referida Lei, fica vedado às operadoras de planos e seguros obterem receitas adicionais, mediante a readequação das contraprestações pecuniárias em decorrência da aplicação dos parâmetros e critérios de variação de faixa etária estabelecidos nesta Resolução.

Art. 6º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 7, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas no artigo 1º da Lei nº 9656/98.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º As informações de que trata o artigo 20 da Lei nº 9.656/98, deverão ser fornecidas ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde.

Art. 2º As informações que servirão de base para regulamentação, acompanhamento, avaliação e controle das atividades de contratação e prestação de serviços na área de saúde suplementar, deverão incluir, além dos dados de natureza cadastral citados no artigo 20 da Lei nº 9.656/98, dados que permitam a identificação de:

I - modelos de assistência;

II - capacidade de atendimento da rede assistencial;

III - forma de utilização de recursos de saúde;

IV - instrumentos diretos e indiretos de regulação do uso;

V - condições contratuais relativas aos usuários e aos prestadores de serviço;

VI - perfil epidemiológico da população atendida;

VII - demais informações que venham a ser definidas como necessárias pelo Ministério da Saúde, de acordo com sua competência normativa e fiscalizadora na área de saúde .

Art. 3º O Ministério da Saúde definirá, em norma própria, o conteúdo, os modelos de planilhas, com suas respectivas instruções de preenchimento, formatação dos campos, rotinas, prazos para fornecimento e atualização de dados.

Art. 4º Os dados recebidos pelo Ministério da Saúde serão utilizados de forma a preservar a privacidade das informações de interesse comercial relevante e as situações de sigilo previstas em lei.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 8, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei n.º 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei n.º 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

§ 1º As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos ou seguros privados de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor.

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;

II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;

III - limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;

V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;

VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II - "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº9656/98

Art.4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

VI - informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII - estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 9, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º. A administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento previsto pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/98 será de competência dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.

Parágrafo Único. Os gestores referidos neste artigo são o Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, estes quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme definido pela Norma Operacional Básica 01/96 do Ministério da Saúde.

Art. 2º. Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras, definidas pelo artigo 1º da Lei nº 9.656/98, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e dependentes de seus planos ou seguros de saúde, desde que respeitadas as cláusulas dos respectivos contratos, abrangendo :

I - realizados por unidades públicas de saúde;

II - de urgência e emergência realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de plano ou seguro de saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nos respectivos contratos.

Art. 3º O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, a ser instituída pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o §2º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

§1º. A TUNEP, identificará os procedimentos descrevendo-os de forma clara e precisa, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional.

§2º. O CONSU definirá valores de referência para os procedimentos da TUNEP.

Art. 4º Os valores a serem adotados para cobrança serão fixados por decisão dos gestores locais do SUS, dentro dos limites estabelecidos pelo §1º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

§1º Antes de determinarem os valores a serem aplicados à TUNEP, os gestores locais deverão ouvir os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do SUS.

§2º Os gestores locais deverão divulgar pela imprensa oficial ou jornal diário de grande circulação, o local, datas e pauta das reuniões de trabalho, relacionando as representações convidadas para opinarem sobre os valores.

§3º Enquanto os gestores locais não fixarem valores para a TUNEP, deverão ser adotados provisoriamente os valores de referência estabelecidos pelo CONSU.

§4º Os valores definidos pelos gestores locais deverão ser homologados pelo CONSU.

§5º Quando houver franquias ou co-participação, prevista em contrato, estas deverão ser previamente deduzidas do valor a ser ressarcido.

Art. 5º. A identificação dos atendimentos a serem ressarcidos será feita com base em dados cadastrais a serem fornecidos pelas operadoras definidas no artigo 1º da Lei 9656/98, ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os dados cadastrais, o fluxo de sua atualização e a rotina do processamento da identificação serão definidos pelo Ministério da Saúde, através de portaria.

Art. 6º. As rotinas administrativas para cobrança e pagamento deverão ser implantadas pelos gestores locais, observado o prazo de pagamento estabelecido no artigo 32 da Lei 9.656/98, de acordo com esta Resolução e com portaria a ser expedida pelo Ministério da Saúde, que deverá dispor sobre:

I. dados cadastrais necessários à identificação;

- II. mecanismo de cobrança a ser adotado e suas condições operacionais;
- III. rotinas e fluxo de informações relativas aos procedimentos ressarcidos;
- IV. adaptações necessárias aos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares - SIA e SIH/SUS para controle dos processos de pagamentos e de ressarcimento.

Art. 7º. A relação de procedimentos a serem ressarcidos pelas operadoras de plano e seguro, deverá estar disponível, para consulta por seu representante, na Secretaria Estadual ou Municipal de saúde, pelo prazo de 15 (quinze) dias consecutivos antes de ser encaminhada para cobrança ou para a autorização prevista no artigo 8º desta resolução.

Parágrafo único. A relação deverá conter os dados de identificação do usuário, do prestador do serviço, o nome ou código do procedimento de acordo com a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, a data de atendimento, e o valor a ser cobrado.

Art. 8º O ressarcimento dos atendimentos realizados pelas unidades privadas conforme inciso II do art. 2º desta Resolução, será cobrado das operadoras diretamente pela unidade, após autorização expressa do gestor local, contendo a relação de procedimentos a serem ressarcidos.

Art. 9º Até a definição pelo Ministério da Saúde das rotinas administrativas para cobrança e pagamento, tal como define o art. 6º desta resolução, as unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS poderão, provisoriamente, valer-se de meios próprios para identificação da existência de cobertura contratual de plano ou seguro de saúde.

Parágrafo único. No caso previsto no *caput* deste artigo, os gestores locais poderão expedir normas próprias para a cobrança, de acordo com esta Resolução.

Art. 10. No prazo de 15 (quinze) dias de que trata o artigo 7º, as operadoras poderão apresentar impugnações administrativas, acompanhadas de comprovação documental, alegando inexistência total ou parcial de cobertura para os atendimentos prestados, decorrente de disposição contratual.

§1º. A impugnação de valor nos casos de existência de franquia ou co-participação não informados ao gestor, inclui-se nos casos de inexistência parcial de cobertura, passíveis de contestação administrativa de que trata este artigo.

§2º. Quando a alegação for comprovada dentro do prazo, por verificação documental, a relação de procedimentos deverá sofrer as necessárias alterações antes de ser encaminhada para cobrança.

§3º. A adoção de mecanismos de regulação pela operadora, instituídos na forma de regulamentação específica, será considerada como fator excludente de cobertura nos casos de que trata este artigo, desde que previstos em contrato.

§4º. Decairá do direito de apresentar contestação de cunho administrativo, a operadora que não o fizer durante o prazo de que trata o artigo 7º.

Art. 11. As impugnações de caráter técnico poderão ser apresentadas até 180 (cento e oitenta) dias após a data de vencimento do documento de cobrança.

§1º. As decisões a respeito das contestações técnicas deverão ser precedidas de verificação junto à entidade prestadora do serviço, e, em caso de dúvida, serão submetidas a parecer de uma instância de julgamento, a ser especialmente constituída para este fim nos estados, no Distrito Federal ou nos municípios.

§2º. A impugnação apresentada não interromperá a contagem do prazo de que trata o artigo 7º e não susstará a cobrança.

§3º. Julgada procedente a impugnação, o valor pago deverá ser objeto de compensação ou reembolso no mês seguinte à decisão.

Art. 12. Os valores cobrados serão creditados à entidade pública prestadora do serviço quando a unidade possuir estrutura gerencial, própria ou de apoio, com autonomia orçamentário-financeira, e ao fundo de saúde da respectiva instância administrativa nos demais casos.

Art. 13. Ficam sujeitas à decisão ou regulamentação pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e dos municípios habilitados para a gestão plena do sistema, de acordo com as disposições da Lei nº 9.656/98 e na forma definida nesta Resolução:

- I. a constituição do grupo técnico para estudo dos valores a serem adotados para a Tabela Única Nacional de Equivalência e Procedimento - TUNEP no nível local;
- II. as rotinas, estruturas e fluxos administrativos locais a serem implantados para desenvolvimento das atividades de processamento e cobrança do ressarcimento;
- I. as rotinas de processamento para o julgamento das contestações de que tratam os artigos 10 e 11

Art. 14. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

do1msacss19981104194845_002.htm

do1msacss19981104194845_002.htm

QUARTA-FEIRA, 04 DE NOVEMBRO DE 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR RESOLUÇÃO Nº 2, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes previstas no inciso XII do artigo 35^A e no artigo 11 da Lei nº 9.656/98.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e, resolve:

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

Art. 2º Para efeitos desta Resolução, entende-se como:

I - "segmentação", cada um dos tipos de planos de que trata o Art. 12 da Lei nº 9.656/98;

II - "cobertura parcial temporária", aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato e relativas às alíneas abaixo, cumulativamente ou não:

- a. quaisquer doenças específicas;
- b. coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei n.º 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
- c. doenças e lesões preexistentes;

III - "agravo"- qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde.

Art. 3º Nos planos ou seguros individuais ou familiar de assistência à saúde contratados após a regulamentação da Lei n.º 9.656/98, fica o consumidor obrigado a informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual, a condição sabida de doença ou lesão preexistente, previamente à assinatura do contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da Lei n.º 9.656/98.

§1º Será escolhido pelo consumidor, um médico para proceder à uma entrevista qualificada, pertencente à lista de profissionais médicos da rede de prestadores credenciados ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o consumidor.

§ 2º Caso o consumidor opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

§ 3º A entrevista qualificada se constitui no preenchimento de um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e terá como objetivo principal relacionar, se for o caso, todas as doenças de

conhecimento prévio do consumidor em relação a ele próprio e a todos os dependentes integrantes de seu contrato ou apólice.

§4º O médico escolhido atuará como orientador, esclarecendo no momento do preenchimento do formulário, todas as questões relativas às principais doenças ou lesões passíveis de serem classificadas como preexistentes, as alternativas de coberturas e demais conseqüências em relação a sua omissão.

§5º Fica definida a proibição de alegação de doença preexistente após a entrevista qualificada se porventura for realizado qualquer tipo de exame ou perícia no consumidor.

Art. 4º Sendo constatada pela operadora por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar impacto nos custos, será obrigatório o oferecimento das alternativas previstas nesta regulamentação, ou seja: a cobertura parcial temporária e agravo do contrato.

Parágrafo único: A escolha de uma das alternativas constantes do *caput* deste artigo dependerá exclusivamente de decisão do consumidor por meio de declaração expressa.

Art. 5º A cobertura parcial temporária dar-se-á de acordo com a definição do inciso II do artigo 2º desta Resolução e terá prazo máximo de 24 (vinte e quatro) meses da data de assinatura do contrato.

§1º Os atendimentos caracterizados como urgência e emergência relacionados à doença ou lesão preexistente terão cobertura igual àquela assegurada na segmentação ambulatorial, independente do contrato firmado.

§2º Findo o prazo do *caput* deste artigo, a cobertura passará a ser integral constante da segmentação contratada e prevista na Lei nº 9.656/98, não cabendo qualquer tipo de agravo.

§3º Não haverá exclusão por doenças e lesões preexistentes no caso de contratos coletivos empresarial ou por adesão, de empresas, já definidos em regulamentação específica.

Art.6º Nos casos em que o consumidor optar expressamente pela alternativa de agravo do contrato, a operadora deverá oferecer proposta esclarecendo a diferença de valores envolvidos em comparação com os demais planos da mesma segmentação.

Parágrafo único - À operadora caberá efetuar os estudos de agravo possíveis e, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, comprovar os valores resultantes.

Art. 7º A operadora poderá comprovar o conhecimento prévio do consumidor sobre sua condição quanto à existência de doença e lesão, durante o período de 24 (vinte e quatro) meses previsto no artigo 11 da Lei nº 9.656/98, podendo a omissão dessa informação ser caracterizada como comportamento fraudulento.

§1º À operadora caberá o ônus da prova.

§2º A operadora poderá utilizar-se de qualquer documento legal para fins da comprovação acima.

§3º Alegada a existência de doença ou lesão não declarada por ocasião da contratação do plano ou seguro, o consumidor terá que ser comunicado imediatamente pela operadora.

§4º Caso o consumidor não concorde com a alegação, a operadora deverá encaminhar a documentação pertinente ao Ministério da Saúde, que efetuará o julgamento administrativo da procedência da alegação, após entrega efetiva de toda a documentação.

§5º Se solicitado pelo Ministério da Saúde, o consumidor deverá remeter documentação necessária para instrução do processo.

§6º Após julgamento e acolhida à alegação da operadora pelo Ministério da Saúde, o consumidor passa a ser responsável pelo pagamento das despesas efetuadas com a assistência médico-hospitalar prestada e que tenha relação com a doença ou lesão preexistente, desde a data da efetiva comunicação a que se refere o § 3º deste artigo.

§ 7º Não será permitida, sob qualquer alegação, a suspensão do contrato até o resultado do julgamento pelo Ministério da Saúde.

Art. 8º Às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular, assim como estará garantida a sua inscrição na operadora sem a necessidade de cumprimento de qualquer período de carência ou de cobertura parcial temporária ou agravo.

Art. 9º. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98 e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações, bem como, no que couber, aos demais contratos vigentes.

Parágrafo único A partir da data de publicação desta Resolução, os contratos de que trata o artigo 3º e que contenham cláusula de exclusão de doenças ou lesões preexistentes estão sujeitos à aplicação dos

conceitos definidos nesta Resolução e ao julgamento administrativo da alegação por parte do Ministério da Saúde, na forma dos parágrafos 4º, 5º, 6º e 7º do artigo 7º.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA
RESOLUÇÃO Nº 3, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

**"Dispõe sobre a fiscalização da atuação das
operadoras de planos e seguros privados de
assistência à saúde."**

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º O Ministério da Saúde fiscalizará, em todo o território nacional, a atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, observando o disposto no art. 35-C da Lei 9656/98 e as disposições desta Resolução.

Parágrafo Único: A ação fiscalizadora deverá garantir o cumprimento regular dos dispositivos legais e regulamentais incluindo a abrangência das coberturas de patologias e procedimentos, os aspectos sanitários e epidemiológicos e à garantia de rede assistencial compatível com a demanda estimada.

Art. 2º A fiscalização de que trata esta Resolução abrangerá todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, no território nacional, quaisquer que sejam suas modalidades de gestão e tipos de planos operados.

Art. 3º Uma vez constatada infração às disposições legais e demais normas regulamentares pertinentes, a autoridade competente no Ministério da Saúde deverá:

I - lavrar o auto de infração indicando o dispositivo legal ou regulamentar transgredido, assinando o prazo de 10 (dez) dias para apresentação da defesa ou impugnação;

II - instaurar o competente processo administrativo;

III - proferir o julgamento aplicando a penalidade cabível de acordo com a natureza e a gravidade da infração cometida, as circunstâncias atenuantes e agravantes e os antecedentes do infrator;

IV - comunicar à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, os casos que dependerão de sua participação, de acordo com a Lei 9656/98.

Art. 4º Sem prejuízo das sanções de natureza fiscal, civil ou penal cabíveis, as infrações de que trata esta resolução serão punidas, alternativa e cumulativamente, com as penalidades de:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

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

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere a Lei n.º 9.656/98, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

VI - cancelamento providenciado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, da autorização de funcionamento, ou de operação no ramo e alienação da carteira da operadora mediante leilão.

§ 1º As penalidades serão aplicadas às operadoras, seus administradores, membros de conselhos administrativos e deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados.

§ 2º 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 nomear um diretor-técnico com as atribuições a serem determinadas pelo CONSU.

§ 3º A multa pecuniária de que trata o inciso II do *caput* deste artigo será aplicada com base nas seguintes variações:

I - nas infrações leves - de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

II - nas infrações graves - de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais);

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Art. 5º Para a aplicação das penalidades, a autoridade deverá considerar:

- I - a gravidade do fato, tendo em vista o risco e as suas conseqüências para a saúde do usuário;
- II - os antecedentes da operadora quanto à prestação de serviços de saúde suplementar.
- III - as circunstâncias atenuantes e agravantes.

Art. 6º São circunstâncias atenuantes:

- I - a infração ter sido cometida diretamente pelo prestador de serviços contratado ou referenciado, sem concorrência de qualquer empregado ou representante da operadora;
- II - não haver registros de punição anterior para a operadora e a falta cometida ser de natureza leve;
- III - ter o infrator adotado espontaneamente as providências pertinentes para reparar a tempo, os efeitos da infração.

Art. 7º São circunstâncias agravantes:

- I - A reincidência;
- II - a infração ter gerado vantagens financeiras diretas ou indiretas para a operadora ou seus prestadores;
- III - ter a prática infrativa importado em risco ou em conseqüências danosas à saúde do usuário;
- IV - deixar o infrator, tendo conhecimento do ato lesivo, de tomar as providências para evitar ou atenuar suas conseqüências;
- VI - ser a infração cometida mediante fraude ou má fé.

Parágrafo único. A reincidência específica torna o infrator passível de enquadramento na penalidade máxima.

Art. 8.º Havendo concurso de circunstâncias atenuantes e agravantes, a aplicação da pena será considerada em razão das que sejam preponderantes.

Art. 9º As infrações de que trata esta Resolução serão classificadas, para fins de aplicação de penalidades, em:

- I - leves, aquelas em que forem verificadas somente circunstâncias atenuantes;
- II - graves, aquelas em que forem verificadas até duas circunstâncias agravantes;
- III - gravíssimas, a reincidência específica e aquelas em que forem verificadas mais de duas circunstâncias agravantes.

Art. 10 A não observância dos preceitos estabelecidos na Lei 9656/98 e das normas estabelecidas pelo CONSU, será considerada prática infrativa, e em especial:

- I - deixar de garantir a cobertura prevista nos planos ou seguros privados de assistência à saúde;
- II - interromper a internação hospitalar do usuário do plano ou seguro privado de saúde, sem autorização do médico assistente;
- III - exigir do usuário prestação excessiva, além dos limites estabelecidos na lei e no contrato do plano ou seguro;
- VI - deixar de fornecer ao Ministério da Saúde as informações de natureza cadastral e dados estatísticos, conforme o estabelecido no art. 20 da Lei n.º 9.656/98;
- V - não atender, no prazo fixado, sem causa justificada, a diligência proposta pelo agente da fiscalização do Ministério da Saúde;
- VI - obstruir ou dificultar o livre exercício das inspeções e fiscalização;
- VII - sonegar documento ou informação, em inspeção ou fiscalização;
- VIII - concorrer para deficiências em relação aos parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros, oferecidos pela operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde;
- IX - suspender ou denunciar unilateralmente o contrato individual ou familiar de plano ou seguro privado de assistência à saúde, salvo por não pagamento da mensalidade ou por fraude, conforme disposto na Lei 9.656/98;
- X - deixar de fornecer, ao contratante, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro de assistência à saúde, além do material explicativo que deverá ser feito em linguagem simples e precisa, com todas as suas características, direitos e obrigações, conforme dispõe o § 1º do art. 16 da n.º Lei n.º 9.656/98;
- XI - recusar a participação em plano ou seguro privado de assistência à saúde, em razão da idade do proponente, ou por , doença ou lesão preexistente, conforme dispõe o art. 14 da Lei 9.656/98 e regulamentação específica.

§ 1º Caracterizado o concurso de infrações as penalidades serão aplicadas cumulativamente.

§ 2º A prática continuada de procedimento definido como infração na lei 9656/98 ou nas resoluções do CONSU, deverá ser considerada caso a caso para fins de aplicação dos critérios de quantificação da penalidade.

Art. 11 As infrações serão apuradas em processo administrativo próprio iniciado mediante:

I - lavratura de auto de infração;

II - denúncia ou reclamação encaminhada ao Ministério da Saúde;

III - solicitação, encaminhada por autoridade competente.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde formalizará em ato próprio, dentro de trinta dias a partir da publicação desta Resolução, norma regulamentadora dispendo sobre:

- a. instauração, instrução, trâmite e julgamento de infrações;
- b. interposição, trâmite e julgamento de recursos;
- c. definição e contagem de prazos processuais;
- d. cálculo das multas a serem aplicadas dentro das faixas de valor e da classificação de infrações estabelecidas nesta Resolução;
- e. recolhimento de multas;
- f. cálculo dos prazos de duração das penalidades previstas nos incisos III, IV, e V do art. 25 da Lei 9656/98.

Art. 12 As infrações de que trata esta Resolução prescrevem em 05 (cinco) anos.

§ 1º A prescrição interrompe-se pela notificação, ou outro ato da autoridade competente, que objetive a sua apuração e conseqüente imposição de pena.

Art. 13 Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 4, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - "segmentação" - cada um dos tipos de planos previstos nos incisos de I a IV do art. 12 da Lei 9656/98;

II - "data base" ou "data de renovação do contrato" - data de aniversário do contrato;

III - "vigência do contrato" - a contagem de tempo desde a data inicial de assinatura do contrato, considerando cumulativamente os períodos de dois ou mais planos equivalentes, quando sucessivos numa mesma operadora, independente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão;

IV - "cobertura parcial temporária" - aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às exclusões estabelecidas em contrato e relativas as alíneas abaixo:

- a. quaisquer doenças específicas;
- b. coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei n.º 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
- c. doenças e lesões preexistentes.

V - "agravo" - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano ou seguro de saúde.

Art. 2º O prazo para adaptação dos contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei n.º 9.656/98, previsto no § 1º do art. 35, deverá ser o do vencimento da periodicidade do contrato quando de sua assinatura;

§ 1º - A critério do contratante, o contrato poderá ser renovado, mantidas as condições anteriores à Lei n.º 9.656/98, desde que seu prazo de vigência seja, no máximo, até 02 de dezembro de 1999, conforme dispõe o § 1 do artigo 35 da referida Lei.

§ 2º - O prazo citado no caput deste artigo somente poderá ser antecipado por opção única e exclusiva do contratante, no caso de contratos individuais ou por opção da empresa contratante, no caso dos contratos coletivos.

§ 3º- O prazo limite para que o consumidor possa adaptar seu contrato à nova legislação com as garantias previstas no § 2º do artigo 35, obedecerá o previsto no § 1º do mesmo artigo da Lei nº 9.656/98 que expira em 02 de dezembro de 1999.

Art. 3º Os contratos deverão ser adaptados às coberturas previstas em regulamentação específica para uma ou mais das segmentações de que trata o art. 12 da Lei nº 9.656/98, inclusive adequando os valores das contraprestações em função de suas abrangências, observado os casos especiais tratados nesta regulamentação.

§ 1º Aos preços dos contratos não é permitido agravo em função da cobertura à doenças e lesões preexistentes.

§ 2º Os contratos em vigor há 5 (cinco) anos ou mais e os contratos que não possuem cláusula de exclusão de doenças e lesões preexistentes, doenças específicas e/ou coberturas estabelecidas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98 e suas regulamentações específicas, não são passíveis de exclusões e nem de cobertura parcial temporária.

Art. 4º. Os contratos em vigor há menos de 5 (cinco) anos, que possuam cláusula de exclusão de doenças específicas e/ou coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, conforme regulamentações específicas e/ou doenças e lesões preexistentes, são passíveis de cláusula de cobertura parcial temporária.

Parágrafo único - os prazos para cobertura parcial temporária obedecerão o critério de tempo de vigência do contrato à data da sua adaptação na forma a seguir:

I - os contratos com 18 (dezoito) meses ou mais de vigência na data de sua adaptação, estarão sujeitos à cobertura parcial temporária definida no inciso IV do artigo 1º desta resolução, por um período máximo de 06 (seis) meses, devendo o valor da contraprestação pecuniária, após o cumprimento do prazo, ser idêntico ao praticado pela operadora para os contratos referente a segmentação;

II - os contratos com períodos inferiores a 18 (dezoito) meses de vigência na data de sua adaptação, estarão sujeitos à cobertura parcial temporária definida no inciso IV do artigo 1º desta resolução, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da vigência dos contratos, devendo o valor da contraprestação pecuniária, após o cumprimento do prazo, ser idêntico ao praticado pela operadora para os contratos referente a segmentação.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos existentes anteriores à vigência da Lei nº 9.656/98.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 5, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei nº9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.

O **Conselho de Saúde Suplementar - CONSU**, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º - Para fins de aplicação das disposições contidas na Lei nº 9.656/98, são caracterizados como sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão aqueles destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Parágrafo único: O grupo familiar a que se refere o caput deste artigo está limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo e afim.

Art. 2º - As autogestões deverão possuir gestão própria através de órgãos internos das empresas, entidades sindicais, ou através de entidade jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, estabelecida precipuamente para este fim ou ainda através de fundações, sindicatos, caixas ou fundos de previdência fechada.

Art. 3º - A administração de seus recursos assistenciais próprios, de credenciados, de contratados e/ou referenciados deverá ser realizada de forma direta, não sendo permitida a terceirização, exceto através de convênios de reciprocidade com entidades congêneres, ou em regiões com dificuldade ou carência de contratação direta .

Art. 4º - Deverão constar da documentação legal de constituição e seu regulamento a participação financeira do usuário e da empresa ou provedora, se for o caso, as condições de ingresso e de exclusão, a forma de cálculo dos reajustes, as coberturas e exclusões assistenciais dentro dos parâmetros estabelecidos pelo CONSU, as carências, as franquias ou fatores moderadores e demais condições estabelecidas na Lei nº 9.656/98.

Parágrafo único - Quando a gestão não for através de órgãos da própria empresa, conforme previsto no artigo 2º desta resolução, deverá constar também da documentação, a eventual participação do usuário nos órgãos de administração.

Art. 5º - Os programas assistenciais existentes dentro da autogestão com fins específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como os de gestão de custos para doenças crônicas e preexistentes, deverão ser protocolados no Ministério da Saúde.

Art. 6º - É de competência do Ministério da Saúde a concessão do registro de qualificação na categoria de autogestão, para fins de aplicação da legislação e normas em vigor para esta modalidade, na área de prestação de serviços de assistência à saúde.

§ 1º - Para fins de obtenção do registro referido no *caput* deste artigo, as empresas ou entidades deverão:

I - firmar, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, sem ônus financeiro, ajuste ou convênio de parceria, ou de cooperação, em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças;
II - disponibilizar, sempre que solicitado pelo Ministério da Saúde e, em prazo previamente acordado, informações de índices de desempenho, base de dados, custos e outros sobre gestão de saúde.

§ 2º - Na assinatura dos termos de ajuste ou convênios, poderão representar o Ministério da Saúde, os titulares da sua estrutura regimental, sendo objetivo deste artigo o estabelecimento de parâmetros para acompanhamento do mercado.

Art. 7º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 6, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e, considerando o disposto no art. 15 da referida Lei, resolve:

Art. 1º Para efeito do disposto no artigo 15 de Lei 9.656/98, as variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade do usuário e de seus dependentes, obrigatoriamente, deverão ser estabelecidas nos contratos de planos ou seguros privados de assistência à saúde, observando-se o máximo de 07 (sete) faixas, conforme discriminação abaixo:

- I - 0 (zero) a 17 (dezessete) anos de idade;
- II - 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade;
- III - 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade;
- IV - 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade;
- V - 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade;
- VI - 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade;
- VII - 70 (setenta) anos de idade ou mais.

Art. 2º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão adotar por critérios próprios os valores e fatores de acréscimos das contraprestações entre as faixas etárias, desde que o valor fixado para a faixa etária prevista no inciso VII do art.1º desta Resolução, não seja superior a seis vezes o valor da faixa etária prevista no inciso I do art. 1º desta Resolução.

§ 1º A variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que participa do um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98.

§ 2º A contagem do prazo estabelecido no parágrafo anterior deverá considerar cumulativamente os períodos de dois ou mais planos ou seguros, quando sucessivos e ininterruptos, numa mesma operadora, independentemente de eventual alteração em sua denominação social, controle empresarial, ou na sua administração, desde que caracterizada a sucessão.

Art. 3º *É vedada a concessão de descontos ou vantagens especificamente delimitados em prazos contratuais ou em função de idade do consumidor.*

Art. 4º O valor atribuído de contraprestação para cada faixa etária dos titulares e dependentes, dentro do limite previsto nos artigos anteriores, deverá ser previamente esclarecido e constar expressamente do instrumento contratual.

Art. 5º Na adaptação dos contratos em vigor aos critérios estabelecidos na Lei nº 9.656/98, observado o prazo previsto no § 1º do artigo 35 da referida Lei, fica vedado às operadoras de planos e seguros obterem receitas adicionais, mediante a readequação das contraprestações pecuniárias em decorrência da aplicação dos parâmetros e critérios de variação de faixa etária estabelecidos nesta Resolução.

Art. 6º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 7, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas no artigo 1º da Lei nº 9656/98.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º As informações de que trata o artigo 20 da Lei nº 9.656/98, deverão ser fornecidas ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde.

Art. 2º As informações que servirão de base para regulamentação, acompanhamento, avaliação e controle das atividades de contratação e prestação de serviços na área de saúde suplementar, deverão incluir, além dos dados de natureza cadastral citados no artigo 20 da Lei nº 9.656/98, dados que permitam a identificação de:

I - modelos de assistência;

II - capacidade de atendimento da rede assistencial;

III - forma de utilização de recursos de saúde;

IV - instrumentos diretos e indiretos de regulação do uso;

V - condições contratuais relativas aos usuários e aos prestadores de serviço;

VI - perfil epidemiológico da população atendida;

VII - demais informações que venham a ser definidas como necessárias pelo Ministério da Saúde, de acordo com sua competência normativa e fiscalizadora na área de saúde .

Art. 3º O Ministério da Saúde definirá, em norma própria, o conteúdo, os modelos de planilhas, com suas respectivas instruções de preenchimento, formatação dos campos, rotinas, prazos para fornecimento e atualização de dados.

Art. 4º Os dados recebidos pelo Ministério da Saúde serão utilizados de forma a preservar a privacidade das informações de interesse comercial relevante e as situações de sigilo previstas em lei.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 8, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o art. 1º da Lei n.º 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei n.º 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

§ 1º As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos ou seguros privados de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor.

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

- I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;
- II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;
- III - limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;
- IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;
- V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;
- VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;
- VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;
- VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

- I - "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;
- II - "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656/98

Art. 4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

- I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:
 - a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;
 - b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;
- II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;
- III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

VI - informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII - estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA
RESOLUÇÃO Nº 9, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º. A administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento previsto pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/98 será de competência dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Resolução.

Parágrafo Único. Os gestores referidos neste artigo são o Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, estes quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme definido pela Norma Operacional Básica 01/96 do Ministério da Saúde.

Art. 2º. Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras, definidas pelo artigo 1º da Lei nº 9.656/98, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e dependentes de seus planos ou seguros de saúde, desde que respeitadas as cláusulas dos respectivos contratos, abrangendo :

I - realizados por unidades públicas de saúde;

II - de urgência e emergência realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de plano ou seguro de saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nos respectivos contratos.

Art. 3º O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, a ser instituída pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o §2º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

§1º. A TUNEP, identificará os procedimentos descrevendo-os de forma clara e precisa, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional.

§2º. O CONSU definirá valores de referência para os procedimentos da TUNEP.

Art. 4º Os valores a serem adotados para cobrança serão fixados por decisão dos gestores locais do SUS, dentro dos limites estabelecidos pelo §1º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

§1º Antes de determinarem os valores a serem aplicados à TUNEP, os gestores locais deverão ouvir os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do SUS.

§2º Os gestores locais deverão divulgar pela imprensa oficial ou jornal diário de grande circulação, o local, datas e pauta das reuniões de trabalho, relacionando as representações convidadas para opinarem sobre os valores.

§3º Enquanto os gestores locais não fixarem valores para a TUNEP, deverão ser adotados provisoriamente os valores de referência estabelecidos pelo CONSU.

§4º Os valores definidos pelos gestores locais deverão ser homologados pelo CONSU.

§5º Quando houver franquia ou co-participação, prevista em contrato, estas deverão ser previamente deduzidas do valor a ser ressarcido.

Art. 5º. A identificação dos atendimentos a serem ressarcidos será feita com base em dados cadastrais a serem fornecidos pelas operadoras definidas no artigo 1º da Lei 9656/98, ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os dados cadastrais, o fluxo de sua atualização e a rotina do processamento da identificação serão definidos pelo Ministério da Saúde, através de portaria.

Art. 6º. As rotinas administrativas para cobrança e pagamento deverão ser implantadas pelos gestores locais, observado o prazo de pagamento estabelecido no artigo 32 da Lei 9.656/98, de acordo com esta Resolução e com portaria a ser expedida pelo Ministério da Saúde, que deverá dispor sobre:

- I. dados cadastrais necessários à identificação;
- II. mecanismo de cobrança a ser adotado e suas condições operacionais;
- III. rotinas e fluxo de informações relativas aos procedimentos ressarcidos;
- IV. adaptações necessárias aos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares - SIA e SIH/SUS para controle dos processos de pagamentos e de ressarcimento.

Art. 7º. A relação de procedimentos a serem ressarcidos pelas operadoras de plano e seguro, deverá estar disponível, para consulta por seu representante, na Secretaria Estadual ou Municipal de saúde, pelo prazo de 15 (quinze) dias consecutivos antes de ser encaminhada para cobrança ou para a autorização prevista no artigo 8º desta resolução.

Parágrafo único. A relação deverá conter os dados de identificação do usuário, do prestador do serviço, o nome ou código do procedimento de acordo com a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, a data de atendimento, e o valor a ser cobrado.

Art. 8º O ressarcimento dos atendimentos realizados pelas unidades privadas conforme inciso II do **art. 2º** desta Resolução, será cobrado das operadoras diretamente pela unidade, após autorização expressa do gestor local, contendo a relação de procedimentos a serem ressarcidos.

Art. 9º Até a definição pelo Ministério da Saúde das rotinas administrativas para cobrança e pagamento, tal como define o **art. 6º** desta resolução, as unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS poderão, provisoriamente, valer-se de meios próprios para identificação da existência de cobertura contratual de plano ou seguro de saúde.

Parágrafo único. No caso previsto no *caput* deste artigo, os gestores locais poderão expedir normas próprias para a cobrança, de acordo com esta Resolução.

Art. 10. No prazo de 15 (quinze) dias de que trata o artigo 7º, as operadoras poderão apresentar impugnações administrativas, acompanhadas de comprovação documental, alegando inexistência total ou parcial de cobertura para os atendimentos prestados, decorrente de disposição contratual.

§1º. A impugnação de valor nos casos de existência de franquia ou co-participação não informados ao gestor, inclui-se nos casos de inexistência parcial de cobertura, passíveis de contestação administrativa de que trata este artigo.

§2º. Quando a alegação for comprovada dentro do prazo, por verificação documental, a relação de procedimentos deverá sofrer as necessárias alterações antes de ser encaminhada para cobrança.

§3º. A adoção de mecanismos de regulação pela operadora, instituídos na forma de regulamentação específica, será considerada como fator excludente de cobertura nos casos de que trata este artigo, desde que previstos em contrato.

§4º. Decairá do direito de apresentar contestação de cunho administrativo, a operadora que não o fizer durante o prazo de que trata o artigo 7º.

Art. 11. As impugnações de caráter técnico poderão ser apresentadas até 180 (cento e oitenta) dias após a data de vencimento do documento de cobrança.

§1º. As decisões a respeito das contestações técnicas deverão ser precedidas de verificação junto à entidade prestadora do serviço, e, em caso de dúvida, serão submetidas a parecer de uma instância de julgamento, a ser especialmente constituída para este fim nos estados, no Distrito Federal ou nos municípios.

§2º. A impugnação apresentada não interromperá a contagem do prazo de que trata o artigo 7º e não suspenderá a cobrança.

§3º. Julgada procedente a impugnação, o valor pago deverá ser objeto de compensação ou reembolso no mês seguinte à decisão.

Art. 12. Os valores cobrados serão creditados à entidade pública prestadora do serviço quando a unidade possuir estrutura gerencial, própria ou de apoio, com autonomia orçamentário-financeira, e ao fundo de saúde da respectiva instância administrativa nos demais casos.

Art. 13. Ficam sujeitas à decisão ou regulamentação pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e dos municípios habilitados para a gestão plena do sistema, de acordo com as disposições da Lei nº 9.656/98 e na forma definida nesta Resolução:

- I. a constituição do grupo técnico para estudo dos valores a serem adotados para a Tabela Única Nacional de Equivalência e Procedimento - TUNEP no nível local;
- II. as rotinas, estruturas e fluxos administrativos locais a serem implantados para desenvolvimento das atividades de processamento e cobrança do ressarcimento;
- I. as rotinas de processamento para o julgamento das contestações de que tratam os artigos 10 e 11

Art. 14. Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

do1msacss19981104194845_002.htm

do1msacss19981104194845_002.htm

QUARTA-FEIRA, 04 DE NOVEMBRO DE 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR RESOLUÇÃO Nº 10, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial;

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e,

CONSIDERANDO as disposições do incisos II, III, XIV do art. 35-A da Lei n.º 9.656/98, resolve:

Art. 1º O Rol de Procedimentos Médicos, anexo a esta Resolução, deverá ser utilizado como referência de cobertura pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde de que trata os arts. 10 e 12 da Lei n.º 9.656/98.

Parágrafo único. A inclusão de novos procedimentos dependerá de proposição do Ministério da Saúde para aprovação pelo CONSU.

Art. 2º A cobertura assistencial de que trata o plano ou seguro-referência, estabelecido pela Lei n.º 9.656/98, compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, os atendimentos de urgência e emergência, representando o somatório das segmentações e as exceções definidas no art. 10 da referida Lei.

Parágrafo único. Nos contratos de planos individuais, respeitada a circunscrição geográfica estabelecida no contrato, fica assegurado o atendimento, dentro das respectivas segmentações, independente da circunstância ou do local de origem do evento.

Art. 3º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão, além do plano Referência, oferecer alternativamente os planos ou seguro Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia, Hospitalar sem Obstetrícia, Plano Odontológico e suas combinações.

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

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

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

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

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

V - cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia ambulatorial;

c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc.);

d) hemoterapia ambulatorial;

e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

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

a) procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;

b) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

c) quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;

d) radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;

e) nutrição enteral ou parenteral;

f) embolizações e radiologia intervencionista;

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

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

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

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia;

c) radioterapia incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;

g) embolizações e radiologia intervencionista;

h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;

i) fisioterapia;

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

Parágrafo Único. Para fins de aplicação do art.10 da Lei 9656/98, consideram excluídos:

a) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

- b) transplantes à exceção de córnea e rim;
- c) consultas ambulatoriais e domiciliares;
- d) atendimento pré-natal quando não incluir a cobertura obstétrica.

Art. 6º Plano Hospitalar incluindo atendimento obstétrico compreende toda a cobertura definida no art. 5º desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta dias) após o parto;

II - opção de 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 30 (trinta dias) do nascimento.

Art. 7º O Plano Odontológico, compreende todos os procedimentos realizados em consultório, incluindo Exame Clínico, Radiologia, Prevenção, Dentística, Endodontia, Periodontia e Cirurgia.

Parágrafo Único. Os procedimentos buco-maxilares e aqueles passíveis de realização em consultório, mas que, por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, estão cobertos, somente nos planos hospitalar e referência.

Art. 8º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 11, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e

CONSIDERANDO, também, que ao mesmo tempo que se inclui o tratamento dos transtornos mentais entre os serviços a serem prestados pelas operadoras de planos e seguros de saúde, é importante a adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos psiquiátricos, resolve:

Art. 1º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, definidas no art. 1º da Lei nº 9.656/98, ficam obrigadas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão - CID - 10, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Resolução e normas complementares que venham a ser expedidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com sua competência normativa e fiscalizadora na saúde.

Parágrafo único. Os tratamentos poderão estar sujeitos a franquias ou co-participação financeira do usuário titular, na forma do disposto nesta Resolução.

Art. 2º É obrigatória a cobertura pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde:

I - nos planos ou seguros do segmento ambulatorial:

- a. o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;

b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato;

c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II - nos planos ou seguros do segmento hospitalar:

- a. o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b. o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c. o custeio, dentro dos prazos definidos nas alíneas 'a' e 'b', somente poderá ser parcial se houver coparticipação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

Parágrafo único - Estarão cobertas todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas.

Art. 3º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão estabelecer participação do usuário no custeio da internação nos casos em que o(s) período(s) de internação ultrapasse(m) os prazos definidos na alínea 'a' e 'b' do inciso II, do artigo 2º, no transcorrer de um mesmo ano de contrato.

Parágrafo único - A co-participação referida no *caput* deverá estar claramente definida no contrato, podendo, em caráter excepcional, ser crescente conforme o tempo de internação.

Art. 4º As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão definir, no momento da contratação, um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias de cobertura parcial excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas.

Art. 5º A partir de 01 de janeiro de 2000, nos planos ou seguros privados de assistência à saúde, com segmentos que incluam atendimento hospitalar, será obrigatório:

I - Além da cobertura especificada na alínea "a" do inciso II do art. 2º, o usuário poderá dispor de 08 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia.

II - Para os diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10, determina-se que a cobertura de que trata o inciso I deste artigo deverá ser estendida a 180 (cento e oitenta) dias por ano.

Art. 6º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 12, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, e,

CONSIDERANDO as disposições do § 4º do art. 10 e incisos II, III e XIV do art. 35-A da Lei n.º 9.656/98, resolve:

Art.1º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão se submeter à legislação específica vigente, em especial à Lei n.º 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, ao Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, a Portaria n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998 que não for conflitante com o regime de contratação e prestação de serviços de que trata a Lei n.º 9.656/98.

Art. 2º Os planos e seguros referência e sua segmentação hospitalar cobrirão transplantes de rim e córnea, bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza estes procedimentos.

§ 1º Entende-se como despesas com procedimentos vinculados, todas aquelas necessárias à realização do transplante, incluindo:

I - as despesas assistenciais com doadores vivos;

II - os medicamentos utilizados durante a internação;

III - o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

IV - as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS.

§ 2º Os transplantes de rim e córnea ou procedimentos vinculados, quando realizados por instituições integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, deverão ser ressarcidos em conformidade com o previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656/98 e nesta Resolução.

Art. 3º Os usuários das operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, candidatos a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverão, obrigatoriamente, estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 1º A lista de receptores é nacional, gerenciada pelo Ministério da Saúde e coordenada em caráter regional pelas Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, integrantes do Sistema Nacional de Transplante - SNT.

§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico - Portaria GM n.º 3.407, de 05 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde - que dispõe quanto a forma de autorização e cadastro, junto ao Sistema Nacional de Transplante -SNT.

§ 3º É de competência privativa das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDOs, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

- a. determinar o encaminhamento de equipe especializada;
- b. providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor.

Art. 4º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais e de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar e, resolve:

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

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

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

Art. 3º Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§2º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§3º. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

Art. 4º Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

Parágrafo único. Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica - porém ainda cumprindo período de carência - a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2º para o plano ambulatorial.

Art. 5º O plano ou seguro referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência.

Art. 6º Nos contratos de plano hospitalar e do plano e seguro referência que envolvam acordo de cobertura parcial temporária por doenças e lesões preexistentes, a cobertura do atendimento de urgência e emergência para essa doença ou lesão será igual àquela estabelecida para planos ambulatoriais no art.2º desta Resolução.

Art. 7º A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

§1º Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus

§2º Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha de serviço de emergência, visando a continuidade do atendimento.

§3º Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.

Art. 8º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

RESOLUÇÃO Nº 14, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.

O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve:

Art. 1º Classifica para fins de contratação dos planos ou seguros de assistência à saúde a serem comercializados pelas operadoras, visando a aplicação das disposições contidas nos dispostos no art. 11, art. 12 inciso V, art.13, art.16 e art. 35-H da Lei nº 9.656/98, segmentando-os em:

- a. contratação individual ou familiar;
- b. contratação coletiva empresarial; e
- c. contratação coletiva por adesão.

Parágrafo único. Conforme art. 1º, inciso II, § 2º da Lei 9656/98, sujeitam-se a esta Resolução as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

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

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

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

§ 1º - O vínculo referido poderá ser de caráter empregatício, associativo ou sindical.

§ 2º - O contrato poderá prever a inclusão dos dependentes legais da massa populacional vinculada de que trata o parágrafo anterior.

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

Art. 4º Entende-se como plano ou seguro de assistência à saúde, de contratação coletiva, por adesão, aquele que embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes, conforme caracterizado no parágrafo único do art.2º.

Art. 5º A contratação de plano ou seguro de assistência à saúde nas segmentações definidas em conformidade com esta Resolução, no que se refere às coberturas de doenças preexistentes e aos períodos de carência, deverá observar as seguintes condições:

I. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação individual ou familiar, poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, além de ser facultada a exigência de cumprimento de prazos de carência nos termos da Lei nº9.656/98.

II. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nem será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

III. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, porém não será permitida a exigência de cumprimento de prazos de carência.

IV. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes maior ou igual que 50 (cinquenta), não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica e poderá ser considerada a exigência de cumprimento de prazos de carência.

V. No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação coletiva por adesão, com número de participantes menor que 50 (cinquenta), poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária em casos de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, e a exigência de cumprimento de prazos de carência.

Art. 6º Para efeito do art. 13 da Lei nº 9.656/98, no plano ou seguro coletivo, empresarial ou por adesão, poderá também ocorrer a denúncia unilateral por motivos de inelegibilidade, ou de perda dos direitos de titularidade ou dependência, desde que previstos em regulamento e contrato, e ainda ressalvados os dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei acima referida.

Art. 7º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

do1msacss19981104194845_001.htm

do1msacss19981104194845_001.htm

TERÇA-FEIRA, 08 DE DEZEMBRO DE 1998

ATOS DO PODER EXECUTIVO

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.730-7, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1998

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros 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 Os dispositivos abaixo indicados da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"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:

.....
IX - normas de aplicação de penalidades.

....." (NR)

"Art. 5º

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

.....
VII - manter o registro provisória de que trata o art. 19 até que sejam expedidas as normas do CNSP.

....." (NR)

"Art. 8º

.....
Parágrafo único.

I - nos incisos 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;

....." (NR)

"Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei e até que sejam definidas as normas do CNSP, as empresas de que trata o art. 1º só poderão comercializar ou operar planos ou seguros de assistência à saúde se estiverem provisoriamente cadastradas na SUSEP e com seus produtos registrados no Ministério da Saúde, de acordo com o disposto no art. 19.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo não exclui a responsabilidade pelo cumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos.

§ 2º A SUSEP, por iniciativa própria ou a requerimento do Ministério da Saúde, 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 ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-hospitalar-odontológica, 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;

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

.....

§ 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, a partir de 3 de dezembro de 1999, 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 operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, serão definidos por normas editadas pelo CONSU." (NR)

"Art. 11.

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." (NR)

"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 de 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:

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, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

.....

V -

.....

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

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;

.....

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de planos ou seguros de saúde 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 planos e seguros de assistência à saúde, nas segmentações de que trata este artigo, deverá 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." (NR)

"Art. 13.

Parágrafo único. Os 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, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência;

III - a suspensão e a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular." (NR)

"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.

....." (NR)

"Art. 16.

XII - número do certificado de registro da operadora, emitido pela SUSEP.

....." (NR)

"Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos planos e seguros privados de assistência à saúde, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição do prestador hospitalar 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.

§ 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 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 parágrafo anterior 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 continuidade da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar ao Ministério da Saúde autorização expressa para tal, 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 universalmente aceitos, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;

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.

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.

Parágrafo único. Os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato ou credenciamento com operadoras de planos ou seguros de saúde que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular." (NR)

"Art. 19. Para cumprimento das normas de que trata o art. 3º, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação da regulamentação do CNSP para requerer a sua autorização definitiva de funcionamento.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas do CNSP, serão mantidos registros provisórios das empresas na SUSEP e registros provisórios dos produtos na Secretaria de Assistência à Saúde

do Ministério da Saúde, com a finalidade de autorizar a comercialização de planos e seguros a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório da empresa, as operadoras de planos ou seguros deverão apresentar à SUSEP os seguintes documentos:

I - registro do documento de constituição da empresa;

II - nome fantasia;

III - CGC;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail;

VI - principais dirigentes da empresa e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados ao Ministério da Saúde, para cada plano ou seguro, os seguintes dados:

I - razão social da operadora;

II - CGC da operadora;

III - nome do produto (plano ou seguro saúde);

IV - segmentação da assistência (ambulatório, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica, referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar; coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por município (para segmentações hospitalar e referência);

IX - rede hospitalar contratada por município (para segmentações hospitalar e referência).

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica do Ministério da Saúde.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades de cadastramento e registro provisórios, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de planos ou seguros 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.

§ 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 pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.

§ 7º Estarão igualmente sujeitas ao cadastramento e registro de produtos provisórios, as pessoas jurídicas que forem iniciar operação de planos ou seguros de saúde a partir de 8 de dezembro de 1998." (NR)

"Art. 20.

§ 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, têm livre acesso às operadoras de planos e seguros 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." (NR)

"Art. 25.

VI - cancelamento, providenciado pela SUSEP, da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão." (NR)

"Art. 27. As multas 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.

Parágrafo único. As multas de que trata o **caput** constituir-se-ão em receitas da SUSEP." (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 ao CNSP e ao CONSU, observadas suas respectivas atribuições, dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processuais, assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e o contraditório." (NR)

"Art. 30.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar." (NR)

"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.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo anterior." (NR)

"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras, as quais alude o art. 1º, de acordo com normas a serem definidas pelo CONSU, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao Sistema Único de Saúde - SUS nos demais casos, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pelo CONSU.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, os gestores do SUS disponibilizarão às operadoras 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 respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O CONSU fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 5º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros." (NR)

"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 pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei, observado o prazo estabelecido no § 1º.

§ 1º A adaptação aos termos desta legislação de todos os contratos celebrados anteriormente à vigência desta Lei, bem como daqueles celebrados entre 2 de setembro e 30 de dezembro de 1998, dar-se-á no prazo máximo de quinze meses a partir da data da vigência desta Lei, sem prejuízo do disposto no art. 35-H.

§ 2º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original." (NR)

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

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho 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 adoção e 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 regimento 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)

"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) Conselho Federal de Medicina;
- e) Conselho Federal de Odontologia;
- f) Federação Brasileira de Hospitais;
- g) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;

- c) de representação das empresas de seguro de saúde;
- d) de representação do segmento de auto-gestão de assistência à saúde;
- e) de representação das empresas de medicina de grupo;
- f) de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- g) de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde;
- h) de representação das empresas de odontologia de grupo;
- i) de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar;
- j) de representação do Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências do consumidor.

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

"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.

X - manter o registro provisório de que trata o § 1º do art. 19, até que sejam expedidas as normas do CNSP." (NR)

"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.

Parágrafo único. O CONSU fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos e prazos de adaptação previstos no art. 35." (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, perdendo 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 efeitos 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)

"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)

"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 vedada a suspensão ou denúncia unilateral de contrato individual ou familiar de plano ou seguro de assistência à saúde 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, 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)

Art. 3º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-C, 35-E, 35-F e 35-H da Lei nº 9.656, de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1º a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.

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 Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.685-6, de 25 de novembro de 1998.

Art. 6º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Ficam revogados os §§ 1º e 2º do art. 5º, os arts. 6º e 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 2º do art. 16, e o § 2º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e a Medida Provisória nº 1.685-6, de 25 de novembro de 1998.

Brasília, 7 de dezembro de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

José Serra

QUINTA-FEIRA, 04 DE JUNHO DE 1998

ATOS DO PODER LEGISLATIVO

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O P R E S I D E N T E D A R E P Ú B L I C A

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:
Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

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

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

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

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

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

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

§ 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, ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei, ressalvado o disposto no inciso VIII, regulamentar os planos privados de assistência à saúde, e em particular dispor sobre:

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.

Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às 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 os 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 A SUSEP contará, em sua estrutura organizacional, com setor específico para o tratamento das questões concernentes às operadoras referidas no art. 1º.

§ 2º A SUSEP ouvirá o Ministério da Saúde para a apreciação de questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares.

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

I - regulamentação das atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde;

II - fixação de condições mínimas dos contratos relativos a planos e seguros privados de assistência à saúde;

III - critérios normativos em relação aos procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores de serviço do sistema, visando assegurar o equilíbrio das relações entre os consumidores e os operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde;

IV - estabelecimento de mecanismos de garantia, visando preservar a prestação de serviços aos consumidores;

V - o regimento interno da própria Câmara.

Art. 7º A Câmara de Saúde Suplementar é composta dos seguintes membros:

I - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal, na qualidade de presidente;

- II - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;
- III - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;
- IV - Ministro de Estado do Trabalho, ou seu representante legal;
- V - Secretário Executivo do Ministério da Saúde, ou seu representante legal;
- VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;
- VII - Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, ou seu representante legal;
- VIII - um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, dentre seus membros;
- IX - um representante de entidades de defesa do consumidor;
- X - um representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- XI - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro;
- XII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde;
- XIII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo;
- XIV - um representante indicado pelas entidades que representem as cooperativas de serviços médicos;
- XV - um representante das entidades filantrópicas da área de saúde;
- XVI - um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos médicos;
- XVII - um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;
- XVIII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;
- XIX - um representante do Ministério Público Federal.

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

§ 2º Em suas faltas e impedimentos, o presidente da Câmara será substituído pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

§ 3º A Câmara, mediante deliberação de seus membros, pode constituir subcomissões consultivas, formadas por representantes dos profissionais e dos estabelecimentos de serviços de saúde, das entidades vinculadas à assistência à saúde ou dos consumidores, conforme dispuser seu regimento interno.

§ 4º Os representantes de que tratam os incisos VIII a XVII serão indicados pelas respectivas entidades e designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 5º As matérias definidas no art. 3º e em seus incisos, bem como as de competência da Câmara, têm prazo de trinta dias para discussão e votação, após o que poderão ser avocadas pelo CNSP para deliberação final.

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. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas:

I - nos incisos I a V do *caput*, as operadoras de seguros privados a que alude o inciso II do § 1º do art. 1º;

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

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

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

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

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;

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 do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.

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

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

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.

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

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

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

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

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

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

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

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;

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

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

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

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

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

§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:

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

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

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

Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

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

I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;

II - são vedadas:

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

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

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

Art. 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 - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

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

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

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - as modalidades do plano ou seguro:

a) individual;

b) familiar; ou

c) coletivo;

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

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.

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º A validade dos documentos a que alude o *caput* condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.

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

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

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

Art. 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 quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

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

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

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

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

Art. 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 a 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 serão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.

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

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

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

Art. 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 exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros 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.

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 e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado 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 dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processuais, assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e ao contraditório.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.

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

§ 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.

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

§ 1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra