

ANEXO III			
Carreiras Auditoria da Receita Federal, Auditoria-Fiscal da Previdência Social e Auditoria-Fiscal do Trabalho			
Tabela de Vencimentos			
Cargo	Classe	Padrão	Valor (em R.)
Auditor-Fiscal da Receita Federal	Especial	IV	4.720,16
		III	4.582,68
		II	4.449,20
		I	4.319,62
	C	IV	3.962,95
		III	3.847,52
Auditor-Fiscal da Previdência Social		II	3.735,46
		I	3.626,66
		V	3.327,21
	B	IV	3.230,30
Auditor-Fiscal do Trabalho		III	3.136,22
		II	3.044,87
		I	2.956,18
		IV	2.712,10
	A	IV	2.633,10
		III	2.556,41
		II	2.481,95
		I	2.409,66

ANEXO IV			
Carreira Auditoria da Receita Federal			
Tabela de Vencimentos			
Cargo	Classe	Padrão	Valor (em R.)
Técnico da Receita Federal	Especial	IV	1.936,76
		III	1.880,35
		II	1.825,58
		I	1.772,41
	C	IV	1.626,06
		III	1.578,70
		II	1.532,72
		I	1.488,08
	B	IV	1.325,45
		III	1.286,84
		II	1.249,36
		I	1.212,97
		V	1.112,82
		IV	1.080,41
	A	IV	1.048,94
		III	1.018,39
		I	988,72

ANEXO VI			
Carreira Auditoria da Receita Federal			
Tabela de Transposição			
SITUAÇÃO ATUAL		SITUAÇÃO NOVA	
Cargo	Classe	Padrão	Padrão
Carreira Auditoria do Tesouro Nacional		Carreira Auditoria da Receita Federal	
Cargo	Classe	Padrão	Classe
A	II	IV	
			I
			VI
			V
	B	IV	III
			II
			Especial
			VI
			V
			IV
	C	IV	III
			I
			Técnico
			da
	Técnico	Do	Receita Federal
			V
			IV
	D	III	III
			II
			I
			C
			III
			II
			I
			V
			IV
			III
			B
			II
			I
			V
			IV
			III
			A
			II
			I

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

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

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

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

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços de cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos ou integrantes da rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, visando assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

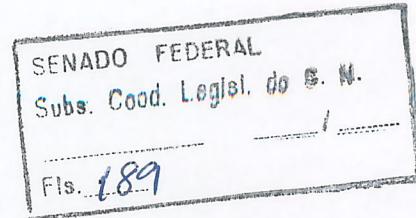
II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos;

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

a) custeio de despesas;

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;



- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

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

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

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

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

I - comprovação de sua regular constituição;

II - demonstração da viabilidade econômico-financeira, respeitadas suas peculiaridades operacionais;

III - designação do responsável técnico;

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

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

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

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

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

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)

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

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

II - descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços;

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

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

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

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

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

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

§ 3º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização ou disponibilização de planos ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)

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

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

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

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

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

X - casos de cataclismos, dentre estes, desastres com gases e produtos radioativos e ionizantes, guerras e combates internos, quando declarados pela autoridade competente.

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

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

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

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

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

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou

dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS." (NR)

"Art. 12. São facultadas a oferta, a disponibilização, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I -

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

II -

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

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

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

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

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

III -

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

V -

a) prazo máximo de trezentos dias para partos;

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

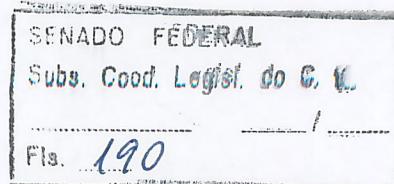
c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

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

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

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido." (NR)



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

I - plano ou produto organizado em sistema hierarquizado e gerenciado, vedada a segmentação e compreendendo as mesmas coberturas do plano-referência previstas na art. 10 desta Lei;

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

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

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

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

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

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão validade mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias; consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

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

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

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

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

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

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

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

VII - modalidades de contratação:

a) individual ou familiar; ou
b) coletivos;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário nas despesas com assistência médica, hospitalar e

odontológica, ou qualquer outro tipo de mecanismo de regulação;

X - a área geográfica de abrangência;

XII - condições de mobilidade;

XIII - categoria do plano ou produto:

- a) reembolso;
- b) rede;
- c) rede e reembolso; ou
- d) acesso;

XIV - tipo de segmentação;

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

XVI - os quesitos relativos à declaração de saúde,

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando da sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de

parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

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

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

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

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

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

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

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

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

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

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

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

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência;

V - modalidade de contratação;

VI - abrangência geográfica da cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos percentuais de variação;

VIII - rede hospitalar vinculada à cada produção;

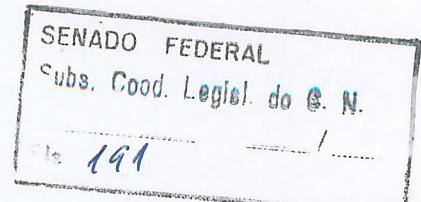
IX - categoria do plano ou produto;

X - demonstração de viabilidade conforme disciplinamento da ANS;

XI - tipo de acomodação;

XII - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

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



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

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

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

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

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

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

"Art. 21.

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

"Art. 22.

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

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

"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvença civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitam-se ao regime de falência ou insolvença civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quixografados;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular procedimento da liquidação extrajudicial; ou

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

§ 2º Para efeitos desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

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

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juiz que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvença civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O Liquidante enviará ao juiz prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)

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

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor-técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

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

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)

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

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

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

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

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

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pes-

soas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.

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

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

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)

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

"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)

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

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados as seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

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

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

VII - alienação de carteira;

VIII - cancelamento da autorização de comercialização e de registro de plano ou produto. (NR)"

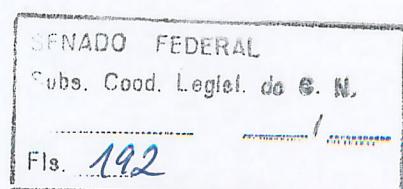
"Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados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

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

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

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

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



II - corrigir as irregularidades, inclusive indemnizando os prejuízos delas decorrentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

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

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

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

§ 4º A ANS disciplinará a aplicação do disposto neste artigo." (NR)

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exonerarão do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando a vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego ou quando passar ele a exercer outra atividade remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial.

§ 3º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição:

I - a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar; ou

II - o pagamento de eventuais diferenças, por

opção, do consumidor, por outro padrão de plano ou pela eventual inclusão de dependentes e agregados." (NR)

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando a vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

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

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)

"Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O resarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela regional de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do resarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o resarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O resarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;
II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem resarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)

"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista neste artigo não alcança as operadoras que atuem exclusivamente em atividades relacionadas ao setor de saúde e às operadoras enquadradas no segmento de autogestão patrocinada, na forma disciplinada pela ANS." (NR)

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

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser

formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes pela adaptação de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão tem caráter personalíssimo, vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º O disposto no § 5º deste artigo deverá garantir as coberturas assistenciais previstas nos contratos originais, somente ao titular e aos seus dependentes já inscritos, permitindo inclusão de novo cônjuge e filhos, além de dependentes previstos no contrato.

§ 7º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º da Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 8º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 9º A adaptação prevista neste artigo, com oferecimento obrigatório de contrato adaptado aos beneficiários e decisão unilateral destes de adaptar ou não, deverá ser exercida até 31 de dezembro de 2003.

§ 10. Após o prazo previsto no § 9º, a adaptação poderá ser feita por acordo entre as partes." (NR)

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;
III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;
b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

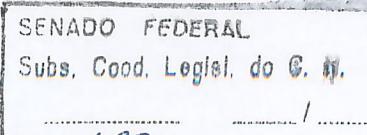
f) assistência farmacêutica;

g) ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde;

h) mobilidade de beneficiários entre operadoras e portabilidade de suas carências;

i) o disposto no § 2º do art. 12-A desta Lei;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.



Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas nas alíneas "a" a "c" e "i" do inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)

"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião em que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto...

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definida a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato; e

II - de urgência, definida como a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessite de assistência médica imediata, nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)

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

"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

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

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

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

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

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as

mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;

II - para aplicação da fórmula de diluição, considerar-se-á de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)

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

"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)

"Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)

"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do cargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)

"Art. 35-L. As operadoras privadas de assistência à saúde deverão oferecer a todos os usuários de contratos anteriores à 2 de janeiro de 1999, nas condições e nos prazos disciplinados pela ANS, Plano Especial de Adesão a Contrato Adaptado, compreendendo:

I - ampliação da cobertura assistencial e condições de acesso de que trata o art. 10 desta lei;

II - percentual único de acréscimo às contraprestações pecuniárias;

III - mecanismos limitadores dos reajustes por faixa etária, de forma a atender os limites estabelecidos nesta Lei e em seu disciplinamento;

IV - mecanismos de oferecimento ao usuário e de sua manifestação de adesão;

V - outras exigências regulamentadas pela ANS.

§ 1º A operadora deverá informar também se o acréscimo a que se refere o inciso II deste artigo está ou não condicionado à percentual mínimo de adesão dos usuários.

§ 2º O Plano Especial de Adesão previsto neste artigo deverá ser previamente aprovado pela ANS antes de ser oferecido aos beneficiários.

§ 3º É vedada a previsão de carência de qualquer tipo, inclusive relativa a doença ou lesão preexistente, bem como a adesão parcial em contratos coletivos.

§ 4º Caso o percentual mínimo de adesão previsto não seja alcançado, o plano poderá ser refeito, exclusivamente quanto ao percentual de acréscimo às mensalidades, e oferecido novamente aos beneficiários que manifestarem sua adesão ao plano especial de adaptação de contratos originais, para nova manifestação de adesão.

§ 5º O disposto neste artigo não alcança as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão." (NR)

"Art. 35-M. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituidos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)

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

"Art. 35-O. Para os contratos comercializados pelas sociedades seguradoras de que trata a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sem a intermediação de corretores de seguro, não é devido o recolhimento ao Fundo de Desenvolvimento Educacional do Seguro de que trata o art. 19 da Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964." (NR)

Art. 2º Os arts. 34, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho 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. 3º 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. 4º Os arts. 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 4º

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvidos o Ministério da Fazenda;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e requerer a liquidação judicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

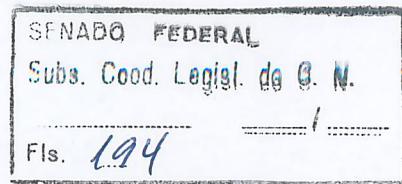
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação da carteira;

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

a) conteúdos e modelos assistenciais;





- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - editar as normas, após a fixação das diretrizes gerais pelo CONSU, para implementação no setor de saúde suplementar de:

- a) assistência farmacêutica;
- b) ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde;
- c) mobilidade de beneficiários entre operadoras e portabilidade de suas carências;

XLIII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 4º Estão subordinados às normas e à fiscalização da ANS quaisquer modalidades de plano, produto, serviço, contrato ou correlato que ofereçam garantia de prestação de serviço de saúde especializados, específicos ou auxiliares, para utilização futura ou eventual, tais como: cartão de desconto, cobertura de procedimento ou doença específica, UTI móvel ou remoção, cuidados domiciliares, dentre outros, conforme disciplinamento específico da ANS." (NR)

"Art. 10.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.

....." (NR)

Art. 13.

IV -

p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
q) Associação Médica Brasileira;

V -

a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
b) das empresas de medicina de grupo;
c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
d) das empresas de odontologia de grupo;
e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área da saúde suplementar;

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

a) de defesa do consumidor;
b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)

"Art. 19. São sujeitos passivos da taxa de saúde suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, ainda que não assumam o risco financeiro da cobertura assistencial, que operem produto, serviço, contrato ou correlato, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, visando à assistência médica, hospitalar ou odontológica." (NR)

Art. 20.

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinquenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinquenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente, aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos." (NR)

"Art. 21.

§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei." (NR)

Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º A remuneração do diretor-técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, resarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)

Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcional

mento e à operação das sociedades seguradoras especializadas." (NR)

Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-42, de 28 de junho de 2001.

Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 27 de julho de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Silvano Gianni

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.179-35, DE 27 DE JULHO DE 2001

Dispõe sobre as relações financeiras entre a União e o Banco Central do Brasil, 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 As disponibilidades de caixa da União depositadas no Banco Central do Brasil serão remuneradas, a partir de 18 de janeiro de 1999, pela taxa média aritmética ponderada da rentabilidade intrínseca dos títulos da Dívida Pública Mobiliária Federal interna de emissão do Tesouro Nacional em poder do Banco Central do Brasil.

Art. 2º O resultado apurado no balanço semestral do Banco Central do Brasil após computadas eventuais constituições ou reversões de reservas será considerado:

- se positivo, obrigação do Banco Central do Brasil para com a União, devendo ser objeto de pagamento até o décimo dia útil subsequente ao da aprovação do balanço pelo Conselho Monetário Nacional;

- se negativo, obrigação da União para com o Banco Central do Brasil, devendo ser objeto de pagamento até o décimo dia útil do exercício subsequente ao da aprovação do balanço pelo Conselho Monetário Nacional.

§ 1º Os valores pagos na forma do inciso I serão destinados exclusivamente ao pagamento da Dívida Pública Mobiliária Federal, devendo ser amortizada, prioritariamente, aquela existente junto ao Banco Central do Brasil.

§ 2º Durante o período compreendido entre a data da apuração do balanço semestral e a data do efetivo pagamento, as parcelas de que tratam os incisos I e II terão remuneração idêntica àquela aplicada às disponibilidades de caixa da União depositadas no Banco Central do Brasil.

§ 3º A constituição de reservas de que trata o caput não poderá ser superior a vinte e cinco por cento do resultado apurado no balanço do Banco Central do Brasil.

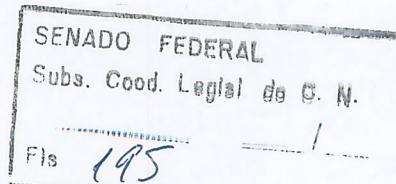
Art. 3º O balanço do Banco Central do Brasil será semestral e considerará o período de 1º de janeiro a 30 de junho e 1º de julho a 31 de dezembro.

Art. 4º A União transferirá ao Banco Central do Brasil, até 31 de março de 1999, o valor correspondente ao saldo da rubrica "Resultado a Compensar", existente no balanço do Banco Central do Brasil ao final do exercício de 1997, acrescido de remuneração idêntica àquela aplicada às disponibilidades de caixa da União depositadas no Banco Central do Brasil, computada até a data da efetiva transferência.

Art. 5º A União promoverá, até 31 de março de 1999, a substituição de Notas do Tesouro Nacional - Série L - NTN-L em poder do Banco Central do Brasil, até o limite da obrigação decorrente do Multi-Year Deposit Facility Agreement - MYDFA, por outros títulos de responsabilidade do Tesouro Nacional com características semelhantes às da referida obrigação externa, devendo as NTN-L ser substituídas pelo seu valor nominal, acrescido da respectiva remuneração pro rata aplicada até a data da operação.

Art. 6º Serão transferidos para a União, até 31 de março de 1999, os direitos e as obrigações decorrentes dos empréstimos compulsórios instituídos pelo Decreto-Lei nº 2.288, de 23 de julho de 1986, existentes no Banco Central do Brasil.

§ 1º O disposto no caput poderá ser efetivado com





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

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

RETIFICAÇÃO

(Publicada no Diário Oficial da União de 28 de julho de 2001, Seção 1, páginas 35 a 41)

Na página 40, 3ª coluna,

onde se lê: "Art. 4º Os arts. 4º, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com as seguintes alterações:"

leia-se: "Art. 4º Os arts. 4º, 10, 13, 19, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com as seguintes alterações:"

DECRETO DE 2 DE AGOSTO DE 2001.

Revoga a autorização concedida ao Banco Santander de Negócios S.A. para funcionamento no País.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 52, parágrafo único, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias,

DECRETA:

Art. 1º Fica revogada a autorização concedida ao Banco Santander de Negócios S.A. para funcionamento no Brasil.

Art. 2º O Banco Central do Brasil adotará as providências necessárias à execução do disposto neste decreto.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revoga-se o Decreto de 14 de dezembro de 1994, que autorizou o Banco Santander de Negócios S.A. a operar no País.

Brasília, 2 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Pedro Malan

DECRETO DE 2 DE AGOSTO DE 2001.

Dá nova redação ao § 3º do art. 2º do Decreto de 27 de junho de 2001, que cria a Comissão Organizadora da 43ª Reunião Anual da Assembléia de Governadores do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da 17ª Reunião Anual da Assembléia de Governadores da Corporação Interamericana de Investimentos, a realizarem-se em Fortaleza, Ceará, de 11 a 13 de março de 2002.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º O § 3º do art. 2º do Decreto de 27 de junho de 2001, que cria a Comissão Organizadora da 43ª Reunião Anual da Assembléia de Governadores do Banco Interamericano de Desenvolvimento e da 17ª Reunião Anual da Assembléia de Governadores da Corporação Interamericana de Investimentos, a realizarem-se em Fortaleza, Ceará, de 11 a 13 de março de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 3º O Comitê Assessor será integrado por representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- I - Ministério das Relações Exteriores;
- II - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- III - Ministério da Defesa;
- IV - Ministério do Esporte e Turismo;
- V - Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda;
- VI - Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça;
- VII - EMBRATUR - Instituto Brasileiro de Turismo;
- VIII - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social;
- IX - Banco do Nordeste do Brasil S.A." (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 2 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Celso Lafer.
Márcio Tavares

ANEXO I

CÓDIGO	PRESIDÊNCIA D Fundo Nacional A
06.131.0665.2681.0001	Ações de Prevenção
06.571.0665.4419.0001	Fomento à Pesquisa

ANEXO II

CÓDIGO	PRESIDÊNCIA D Fundo Nacional A
06.131.0665.2681.0001	Ações de Prevenção
06.571.0665.4419.0001	Fomento à Pesquisa

Câmara de

RESOL

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA - GCE, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de se aplicar direta dos recursos na transferências a instituições privadas, resolve:

Art. 1º Fica estabelecido prazo, com finalidade de implementar

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Imprensa Nacional

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Presidente da República

PEDRO PARENTE
Chefe da Casa Civil

CARLOS ALBERTO GUIMARÃES BATISTA DA SILVA
Diretor-Geral

<http://www.in.gov.br> e-mail: in@in.gov.br
SIG, Quadra 6, Lote 800, CEP 70610-460, Brasília — DF
CNPJ: 04196645/0001-00
Fone: 0800-619900

DIÁRIO OFICIAL — SEÇÃO 1

Publicação de atos normativos
ICB/1410-1527

CONGRESSO NACIONAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SUBSECRETARIA DE COMISSÕES
Serviço de Apoio às Comissões Mistas

EMENDAS ADICIONADAS PERANTE A COMISSÃO MISTA,
DESTINADA A EXAMINAR E EMITIR PARECER SOBRE A **MEDIDA
PROVISÓRIA N.º 2.177-43**, ADOTADA EM 27 DE JULHO DE 2001
E PUBLICADA NO DIA 28 DO MESMO MÊS E ANO, QUE “ALTERA
A LEI N.º 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, QUE DISPÕE SOBRE
OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, E DÁ
OUTRAS PROVIDÊNCIAS”:

CONGRESSISTAS	EMENDAS N.ºS			
Deputado OSMÂNIO PEREIRA.....	109	117	118	119
	121	124	125	126.
Deputado ROBERTO JEFFERSON.....	108	110	111	112
	113	114	115	116
	120	122	123.	

SACM

EMENDAS CONVALIDADAS: 107

EMENDAS ADICIONADAS: 019

TOTAL DE EMENDAS: 126





CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000108

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA	3 PROPOSIÇÃO			
27/07/2001	MP nº 2.177-43 de 2001			
4 AUTOR				
Deputado Roberto Jefferson				
5 N.º PRONTUÁRIO 323				
6 TIPO				
<input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA			
<input type="checkbox"/> MODIFICATIVA	<input type="checkbox"/> ADITIVA			
<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

9 Emenda Supressiva
MP nº 2.177-43, de 27/07/2001 (A)

Art. 1º

Suprime-se do “Art. 8º”, § 4º, a expressão “independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS”

Justificativa

A proposta de supressão da referida expressão visa impedir a continuidade de uma verdadeira **legislação complementar** exercitada por atos administrativos.

Um mercado complexo e sensível como é o da saúde supletiva não pode e não deve ficar sujeito à mudanças constantes, como ocorre hoje, prejudicando sensivelmente os interesses maiores dos usuários e das operadoras.

Portanto, em nome de um funcionamento ágil, fluido e eficiente do setor, é mister que se suprime a referida expressão, um verdadeiro **cheque em branco** para as autoridades administrativas.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM 4 VIAS

10

ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000109

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/07/20013 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-43 de 20014 AUTOR
Deputado Osmânia Pereira5 N.º PRONTUÁRIO
2566 TIPO
 SUPRESSIVA SUBSTITUTIVA MODIFICATIVA ADITIVA SUBSTITUTIVO GLOBALPÁGINA
1/1

8 ARTIGO

1º

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

TEXTO

9 Emenda Supressiva
MP nº 2.177-43, de 27/07/2001

N/A

Art. 1º

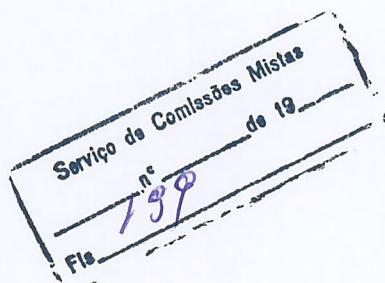
Suprime-se do "Art. 8º", § 4º, alínea "b", a expressão "em tratamento"

Justificativa

Ora, estando a operadora encerrando suas atividades, inclusive com a *quitação plena de todas as suas obrigações*, não faz qualquer sentido obrigá-la a se responsabilizar pelo *tratamento* dos beneficiários a partir da data de encerramento de suas atividades.

É, pois, fundamental suprimir referida expressão.

Sala das Sessões,



10 ASSINATURA

O TEXTO DEVE SER DA MELHOR FORMA POSSÍVEL E APRESENTADO EM VIAS



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000110

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

DATA	PROPOSIÇÃO			
2 27/07/2001	3 MP nº 2.177-43 de 2001			
AUTOR	N.º PRONTUÁRIO			
4 Deputado Roberto Jefferson	5 323			
TIPO				
6 <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

9	TEXTO
<p>Emenda Supressiva MP nº 2.177-43, de 27/07/2001</p>	

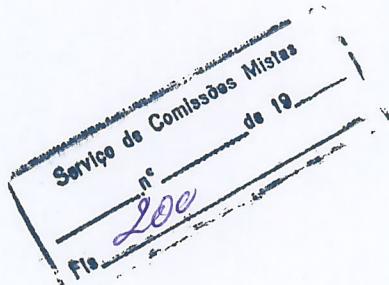
Art. 1º N/A

Suprima-se do “Art. 8º” da referida MP o seu § 2º.

JUSTIFICATIVA

O prazo fixado no referido dispositivo que se pretende suprimir é, além de exíguo, inteiramente contrário às práticas de mercado do setor saúde.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO ENVIAS

ASSINATURA

10



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000111

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

DATA 27/07/2001	PROPOSIÇÃO 3 MP nº 2.177-43 de 2001			
AUTOR 4 Deputado Roberto Jefferson	N.º PRONTUÁRIO 5 323			
TIPO 6 <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 Emenda Supressiva
MP nº 2.177-43, de 27/07/2001 (4)

Art. 1º

Suprime-se do “Art. 12-A”, inciso II, expressão “e condições especiais de mobilidade dos beneficiários”

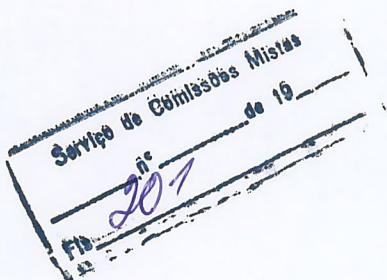
Justificativa

O setor não se encontra aparelhado, nem remotamente, para a implantação da política de mobilidade de beneficiários de uma carteira de planos de saúde para outra, de outra operadora.

A Medida Provisória não pode e não deve ser um instrumento de sufocamento e engessamento do mercado de saúde supletiva, que envolve interesses de milhões de pessoas e de milhares de operadoras e prestadores de serviços.

A mobilidade de beneficiários de um plano de saúde para outro deveria merecer uma ampla discussão antes de ser implantada a fim, inclusive, de assegurar o interesse dos usuários.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO ENVIAS

ASSINATURA

10



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000112

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	5 N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Roberto Jefferson		323		
6 TIPO				
<input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

9	TEXTO
Emenda Supressiva MP nº 2.177-43, de 27/07/2001	

Art. 1º

Suprima-se do “Art. 12º”, II, alínea “P”, a expressão “maiores de sessenta e cinco anos”.

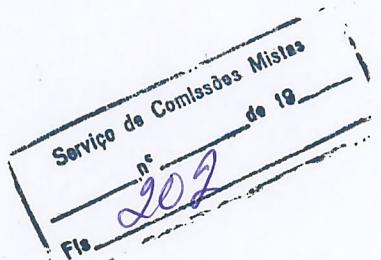
Justificativa

O referido dispositivo cria um benefício novo, de custo extremamente alto, não previsto anteriormente, inclusive nas notas técnicas atuariais dos produtos já disponibilizados e aprovados pela ANS.

Vale, no caso, a mesma prática do setor público (Lei de Responsabilidade Fiscal): não se pode criar benefício novo sem indicação da fonte de receita ou do corte de outra despesa em valor equivalente.

Suprimir a referida expressão é fundamental para que não tenha a ANS de aumentar o valor das prestações pagas pelos usuários para a cobertura dessa nova despesa que, repetimos, é de alto valor.

Sala das Sessões, em



10

ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000113

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Roberto Jefferson		5 323		
6	TIPO	SUPRESSIVA <input checked="" type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL		
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

9 TEXTO
Emenda Supressiva
MP nº 2.177-43, de 27/07/2001 (A)

Art. 1º

Suprima-se o inciso III do “Art. 12-A”

Justificativa

A implantação do produto com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade dos serviços de assistência à saúde na respectiva área de abrangência é absolutamente inviável.

Por exemplo, uma cidade integrante da região metropolitana pode se valer de recursos assistenciais existentes em outros municípios próximos (especialmente o município-sede da região), fora portanto de sua área de abrangência.

Por outro lado, muitas vezes determinados municípios não dispõem sequer de recursos assistenciais para a cobertura mínima exigível, o que os obriga a utilizar de serviços fora de sua área de abrangência.

Portanto, é mister suprimir o que não pode ser aplicado.

Sala das Sessões, em



10

ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000114

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Roberto Jefferson		5 323		
6 <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

EMENDA SUPRESSIVA
MP nº 2.177-43 de 2001

(A)

Art. 1º

Suprimir do § 2º do “Art. 12-A”

JUSTIFICATIVA

A supressão se justifica especialmente por seu caráter engessador e, mesmo, inibidor da atividade de operação de planos privados de assistência à saúde.

Todo o produto, com todas as suas especificações, tem que ser previamente aprovado pela ANS, o que torna absolutamente desnecessário o referido dispositivo, que cumpre suprimir.

Sala das Sessões, em



10

ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

1
MP 2.177-43

000115

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

DATA 27/07/2001	PROPOSIÇÃO 3 MP nº 2.177-43 de 2001			
AUTOR 4 Deputado Roberto Jefferson	N.º PRONTUÁRIO 5 323			
TIPO 6 <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8 1º	PARÁGRAFO 3º	INCISO	ALÍNEA

9
EMENDA SUPRESSIVA
MP nº 2.177-43 de 2001

(A)

Art. 1º

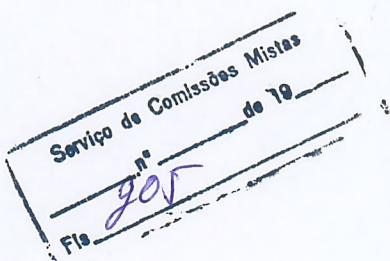
Suprime-se o § 3º, "Art. 12-A" da MP da referência.

JUSTIFICATIVA

Como o objetivo da subsegmentação é o de adequar a norma regulatória à realidade nacional, não tem qualquer sentido a exigência prévia temporal mínima prevista no dispositivo.

Portanto, a norma deve ser suprimida.

Sala das Sessões, em



ASSINATURA
10



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000116

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	5 N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Roberto Jefferson		323		
6	TIPO			
<input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	<input type="checkbox"/> MODIFICATIVA	<input type="checkbox"/> ADITIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

9 TEXTO

EMENDA SUPRESSIVA
MP nº 2.177-43 de 2001

(A)

Art. 1º

Suprimir do § 2º do “Art. 19” a expressão “independentemente de outros que venham a ser exigidos”.

JUSTIFICATIVA

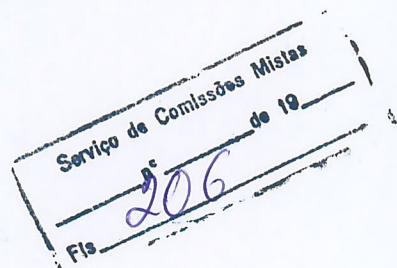
A proposta de supressão da referida expressão visa impedir a continuidade de uma verdadeira *legislação complementar* exercitada por atos administrativos.

Um mercado complexo e sensível como é o da saúde supletiva não pode e não deve ficar sujeito à mudanças constantes, como ocorre hoje, prejudicando sensivelmente os interesses maiores dos usuários e das operadoras.

Portanto, em nome de um funcionamento ágil, fluido e eficiente do setor, é mister que se suprima a referida expressão, um verdadeiro *cheque em branco* para as autoridades administrativas.

O TEXTO DEVE SER DAI LOGRAFADO E APRESENTADO ENVIAS

Sala das Sessões, em



10

ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000117

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA	3 PROPOSIÇÃO			
27/07/2001	MP nº 2.177-43 de 2001			
4 AUTOR				
Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO				
256				
6 TIPO				
<input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA			
<input type="checkbox"/> MODIFICATIVA	<input type="checkbox"/> ADITIVA			
<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			
TEXTOS				

Emenda Supressiva

Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

Art. 1º

Suprimir da redação do caput do “Art. 20” a palavra **todas** após a ANS:

JUSTIFICATIVA

Nesse campo existem informações que são inclusive sigilosas. A norma, portanto, não pode ser subjetiva e discriminatória como foi proposta.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10 ASSINATURA	
---------------	--



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000118

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	5 N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Osmânia Pereira		256		
6 TIPO				
<input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

9 Emenda Supressiva
Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

Art. 1º

Suprimir do § 1º, “Art. 32” a expressão “mediante tabela regional de procedimentos a ser aprovada pela ANS”

JUSTIFICATIVA

A expressão que se propõe suprimir conflita com o disposto no § 8º do mesmo art. 32, além de infringir, criando uniformidade regional de preços, as disposições da Lei Federal nº 8.884/94, que trata de abuso de poder econômico, tendo em vista que cada operadora tem sua própria sistemática de custo, custo esse que é muito diferenciado não apenas dentro do mesmo município, mas, também, em função do porte e qualidade do prestador de serviços de uma mesma operadora.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DAI LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10 ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000119

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/07/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-43 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO 256				
6 TIPO <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO

Emenda Modificativa
Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

(A)

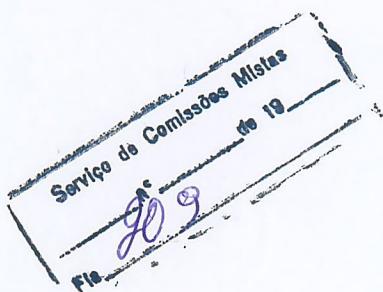
Art. 1º

Dê-se ao § 1º do “Art. 20” a seguinte redação:

“Art. 20, § 1º - Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites fixados pelo CONSU, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.”

JUSTIFICATIVA

Não pode e não deve o próprio órgão fiscalizador estabelecer limites e parâmetros para a sua própria fiscalização, devendo isso ser competência do órgão hierarquicamente superior, no caso o CONSU.



Sala das Sessões, em

10 ASSINATURA



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000120

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

² DATA
27/07/2001

³ PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-43 de 2001

AUTOR

⁴ Deputado Roberto Jefferson

⁵ N.º PRONTUÁRIO
323

⁶ SUPRESSIVA SUBSTITUTIVA MODIFICATIVA ADITIVA SUBSTITUTIVO GLOBAL

PÁGINA
1/1

ARTIGO
8 1º

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

TEXTO

EMENDA ADITIVA MP nº 2.177-43 de 2001

(A)

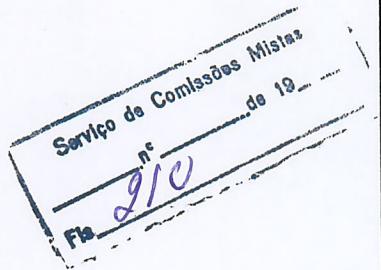
Art. 1º

Incluir na redação do caput do “Art. 14” a expressão “física ou mental” após a palavra *deficiência*

JUSTIFICATIVA

Esclarecer a citada disposição legal e adequá-la à terminologia usada na Lei Orgânica de Assistência Social.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DAI LOGRAFADO E APRESENTADO EN. + VIAS

¹⁰

ASSINATURA

Roberto Jefferson



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000121

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/07/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-43 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO 256				
6 TIPO <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input checked="" type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
TEXTOS				

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

Emenda Aditiva Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

Art. 1º

Incluir no inciso I, § 6º, “Art. 30” a expressão “ou odontológica”, após a palavra **hospitalar**.

JUSTIFICATIVA

Houve omissão da Lei no que respeita ao segmento odontológico.

Sala das Sessões, em



ASSINATURA

10



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

DATA	PROPOSIÇÃO			
2 27/07/2001	3 MP nº 2.177-43 de 2001			
AUTOR				
4 Deputado Roberto Jefferson	5 N.º PRONTUÁRIO 323			
TIPO				
<input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
6 1/1	7 1º			

9 TEXTO
Emenda Modificativa
MP nº 2.177-43, de 27/07/2001 (NA)

Art. 1º

A alínea “b”, inciso III, e o inciso VII, “Art. 12”, passam a ter respectivamente, a redação abaixo:

“III, “b” – inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento de cumprimento dos períodos de carência, desde que ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção”.

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

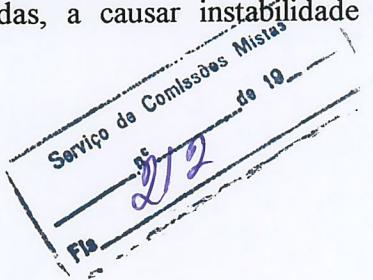
Justificativa

Em ambos os casos, o prazo já consagrado era de 30 dias, inexistindo qualquer razão, de qualquer ordem, que justifique sua extensão para quarenta e cinco dias.

Isso somente é possível pela existência de uma verdadeira *legislação em aberto*, que é a medida provisória, mudando a cada mês, segundo os *humores* dos burocratas, mas causando estragos enormes no já conturbado mercado de saúde supletiva. Essa MP já esta na sua 43ª reedição e, a cada uma delas, uma ou mais modificações as vezes profundas, a causar instabilidade e perplexidade a consumidores e usuários.

Portanto, mantenha-se o prazo tradicional, já bastante suficiente.

Sala das Sessões, em



ASSINATURA
10



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000123

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Roberto Jefferson		5 323		
6 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 1º			

EMENDA MODIFICATIVA

MP nº 2.177-43 de 2001

(NA)

Art. 1º

Modifique-se a redação do inciso II, "Art. 13" da MP da referência, na forma abaixo:

"Art. 13, II – a suspensão ou a rescisão do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a trinta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado com aviso prévio de 10 dias de antecedência para regularizar a situação"

JUSTIFICATIVA

O prazo anteriormente fixado está gerando uma verdadeira maquinação de inadimplência, em prejuízo dos usuários que cumprem com exaçao seus compromissos junto às operadoras.

Sala das Sessões, em



O TEXTO DEVE SER DA ILÓGRAFADO E APRESENTADO EN. 4 VIAS

ASSINATURA

10



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000124

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

DATA	PROPOSIÇÃO			
2 27/07/2001	3 MP nº 2.177-43 de 2001			
AUTOR		N.º PRONTUÁRIO		
4 Deputado Osmânia Pereira		5 256		
6 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/2	8			

9 Emenda Modificativa
Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

NA ANEXADA

MOTIVADA

Art. 1º

O “Art. 35-L” da MP da referência passa a ter a seguinte redação:

Art. 35-L - Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurado aos titulares de contratos, relativos a planos individuais ou familiares, celebrados até 1º de janeiro de 1999, o direito a ser exercido até 31 de dezembro de 2.003, de adaptar os respectivos contratos ao regime instituído nesta Lei, independentemente da concordância da operadora. Vencido o mencionado prazo, a adaptação somente será possível em havendo a concordância da operadora

§ 1º. O exercício do direito à aludida adaptação dar-se-á somente no caso da operadora ter produto registrado na ANS e essa faculdade será efetivada no mês de aniversário dos referidos contratos, sendo formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º. Os titulares de contratos relativos a planos individuais/familiares, a que alude o caput deste artigo, ao exercer o direito de adaptar os respectivos contratos ao regime instituído nesta lei, unicamente, poderão fazê-lo por uma das duas opções seguintes:

- a) com base em novo valor da contraprestação pecuniária, que não poderá exceder a 86% (oitenta e seis por cento) daquela apontada na Nota Técnica do produto “Plano Referência” registrada na ANS, a cobertura assistencial passará a corresponder ao rol de procedimentos de baixa complexidade, fixado em Resolução da Diretoria Colegiada da ANS; ou
- b) mediante a fixação de um novo valor da contraprestação pecuniária, que não poderá superar a 90% (noventa por cento) daquela apontada na Nota Técnica do produto para o qual foi feita a respectiva adaptação, do contrato antigo, com a totalidade da cobertura assistencial prevista no referido produto, registrado, de acordo com a presente Lei e legislação complementar.

O TEXTO DEVE SER DAÍ LOGRAFADO E APRESENTADO ENVIAS

ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
nº 219 de 18
Fls

10



CONGRESSO NACIONAL

ETIQUETA

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA	27/07/2001	PROPOSIÇÃO		
3	MP nº 2.177-43 de 2001			
4 AUTOR	Deputado Osmânia Pereira	N.º PRONTUÁRIO	5 256	
6 TIPO	<input type="checkbox"/> SUPPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL	PÁGINA	8	
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
2/2				

TEXTO

§ 3º. Em havendo a adaptação será vedada a recontagem de períodos de carência relativos às coberturas constantes do contrato original, permitindo-se a estipulação, nos limites desta Lei, dessas carências no que tange às coberturas assistenciais adicionadas por força da adaptação.

§ 3º. (REVOGAR O § 3º DO ART. 35)

§ 4º. (REVOGAR O § 4º DO ART. 35)

§ 4º. Ficará garantida a manutenção dos contratos originais aos consumidores não optantes, tendo tais contratos caráter personalíssimo, permitida a inclusão, além do titular e dependentes já inscritos, apenas do novo cônjuge e filhos, desde que essas inclusões ocorram dentro de 30 (trinta) dias, respectivamente, do casamento e do nascimento, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 5º. Às pessoas jurídicas, contratantes de planos coletivos, ficará facultada a adaptação, a qualquer tempo e mediante concordância da operadora, ao regime instituído por esta Lei, garantidas regras e as condições de gerenciamento e direcionamento das ações e serviços de saúde constantes dos respectivos contratos sendo certo que às não optantes pelo sistema nela previsto ficará assegurada a manutenção dos contratos originais, com as coberturas assistenciais neles pactuadas, assim como permitida a inclusão, nestes contratos, de novos empregados, filiados e associados e respectivos dependentes.

§ 7º. A ANS definirá, em norma própria, os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas operadoras para a adaptação dos contratos de que trata este artigo. Motivo: considera-se como inviável operacionalmente a proposta de adaptação constante do art. 35-L da MP, não apenas quanto a sua funcionalidade, mas também no que se refere a constitucionalidade do esquema de adaptação proposto, uma vez que fere o direito adquirido e o ato jurídico perfeito protegido pelo inciso XXXVI, do art. 5º da Constituição Federal.

JUSTIFICATIVA

As normas fixadas no “Art. 35-L”, na sua redação original fogem inteiramente às práticas de mercado e evidenciam um grande desconhecimento dessa matéria, além das óbvias implicações legais e constitucionais que não foram consideradas.

Sala das Sessões, em

ASSINATURA

10

Série de Comissões Mistas
nº 215
de 19

FIM



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000125

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001		
4	AUTOR	5 N.º PRONTUÁRIO		
Deputado Osmânia Pereira		256		
6 TIPO				
<input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	8 4º			

9 TEXTO

Emenda Supressiva
Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

Art. 4º *nao existe*

Suprima-se integralmente o § 4º, “Art. 4º” da MP da referência.

JUSTIFICATIVA

À ANS compete apenas a normatização, controle e fiscalização do mercado operador de planos de saúde privados, não cabendo a ela abranger toda a iniciativa privada de assistência à saúde, como prevê a redação original do referido dispositivo.

Sala das Sessões, em

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

Serviço de Comissões Mistas
Fla 216 de 19

10 ASSINATURA

[Handwritten signatures]



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-43

000126

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/07/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-43 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira	5 N.º PRONTUÁRIO 256			
6 TIPO <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8 4º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO
Emenda Modificativa
Medida Provisória nº 2.177-43 de 27/07/2001

NE

Art. 4º

O inciso VI, “Art. 13” da MP da referência passa a ter a seguinte redação:

“Art. 13, VI – por um representante das entidades a seguir indicadas.”

Justificativa

A redação proposta mantem o desejado equilíbrio na Câmara de Saúde Suplementar.

Sala das Sessões, em

Flávio Góes

10 ASSINATURA

[Handwritten signatures]

Serviço de Comissões Mistas
Flávio Góes
de 19

Mens. 487/2001-*N*

PR - COORDENAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO
Publicado na Seção 1
Diário Oficial de *Brasil*
Cópia Autenticada *l*
28 JUL 2001
EDIÇÃO EXTRA

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

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

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

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

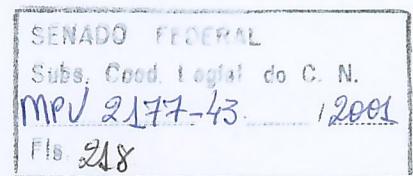
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos ou integrantes de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

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

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;



e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e

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

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

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

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

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

I - comprovação de sua regular constituição;

II - demonstração da viabilidade econômico-financeira, respeitadas suas peculiaridades operacionais;

III - designação do responsável técnico;

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

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

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

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

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

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.” (NR)

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

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

II - descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços;

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

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

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

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

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

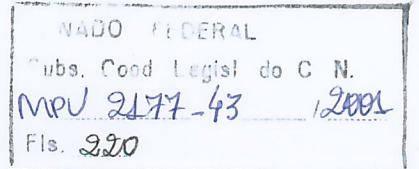
§ 2º A autorização de comercialização ou de disponibilização será cancelada caso a operadora não comercialize ou disponibilize os planos ou produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.

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

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

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

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



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

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

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

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

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

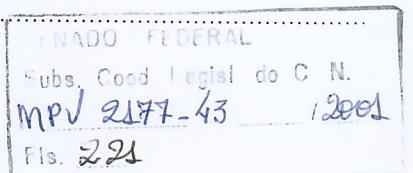
§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.” (NR)

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

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

“Art. 12. São facultadas a oferta, a disponibilização, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas **amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10**, segundo as seguintes exigências mínimas:

I -



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

II -

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

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

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

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

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

III -

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

.....
 V -

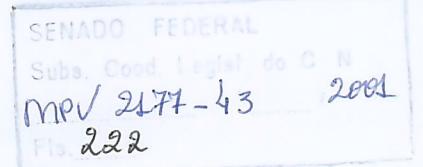
a) prazo máximo de trezentos dias para partos;

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

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

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

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



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

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.” (NR)

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

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

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

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

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

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

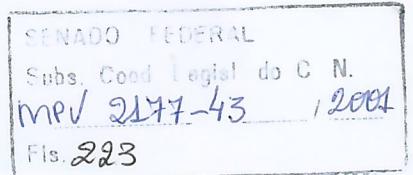
§ 3º É requisito obrigatório ao registro na ANS e à comercialização de produtos ou planos conforme o disposto neste artigo a comercialização há um ano ou mais, do plano-referência registrado na ANS.” (NR)

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e



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

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

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

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

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

.....
IV - as faixas etárias e os respectivos percentuais de variação;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

.....
VII - modalidades de contratação:

- a) individual ou familiar; ou
- b) coletivos;

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

.....
X - a área geográfica de abrangência;

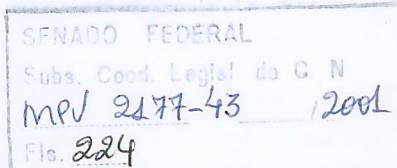
.....
XII - condições de mobilidade;

XIII - categoria do plano ou produto:

- a) reembolso;
- b) rede
- c) rede e reembolso; ou
- d) acesso;

XIV - tipo de segmentação;

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



XVI - os quesitos relativos à declaração de saúde.

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

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

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

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

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

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

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

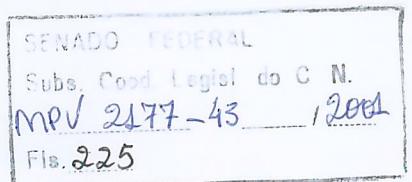
“Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, em plano de rede, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

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

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

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

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:



- I - nome da entidade a ser excluída;
- II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;
- III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e
- IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.” (NR)

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

.....

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

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

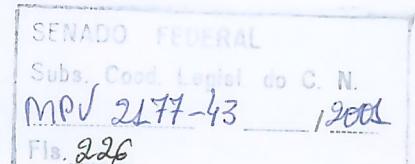
Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade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

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

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

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

- I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
- II - nome fantasia;
- III - CNPJ;
- IV - endereço;
- V - telefone, fax e e-mail; e
- VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.



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

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

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

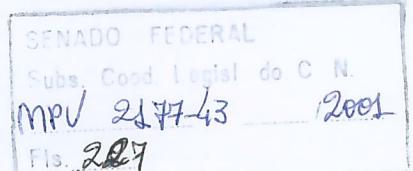
§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o **caput**, contratados a partir de 2 de janeiro de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

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

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

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

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar



e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.

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

“Art. 21.
.....

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

“Art. 22.

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

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

“Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

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

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

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

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

SENADO FEDERAL
Subs. Coord. Legislativa do C.N.
MPV 2177-43 / 2001
Fls. 228

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

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

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O Liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.” (NR)

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

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

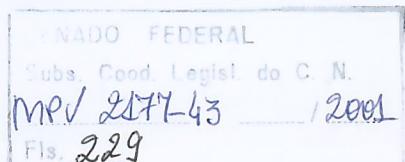
§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

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

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.” (NR)

“Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da



operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.

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

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

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

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

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

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

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

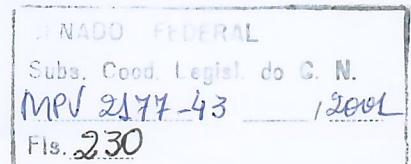
§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.” (NR)

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

“Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.” (NR)

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

“Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos,



consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

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

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

VII - alienação de carteira;

VIII - cancelamento da autorização de comercialização e de registro de plano ou produto. (NR)"

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

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

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

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

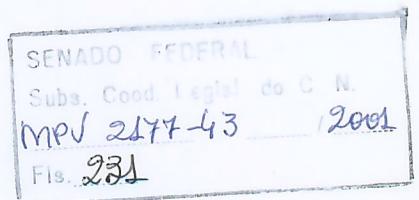
I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

“Art. 29-A. ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

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

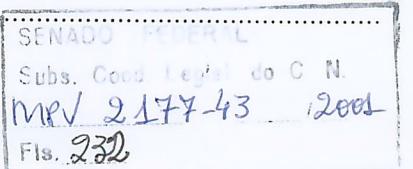
§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.

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

§ 4º A ANS disciplinará a aplicação do disposto neste artigo.” (NR)

“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.



§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego ou quando passar ele a exercer outra atividade remunerada de natureza autônoma, liberal ou empresarial.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição:

I - a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar; ou

II - o pagamento de eventuais diferenças, por opção, do consumidor, por outro padrão de plano ou pela eventual inclusão de dependentes e agregados.” (NR)

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

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

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.” (NR)

“Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

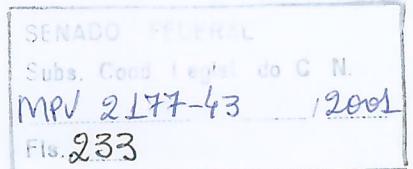
§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela regional de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;



II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem resarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.” (NR)

“Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista neste artigo não alcança as operadoras que atuem exclusivamente em atividades relacionadas ao setor de saúde e às operadoras enquadradas no segmento de autogestão patrocinada, na forma disciplinada pela ANS.” (NR)

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

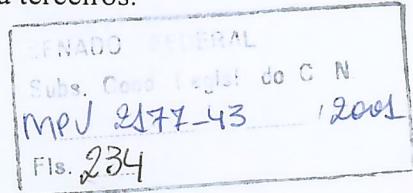
§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes.

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes pela adaptação de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão tem caráter personalíssimo, vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.



§ 6º O disposto no § 5º deste artigo deverá garantir as coberturas assistenciais previstas nos contratos originais, somente ao titular e aos seus dependentes já inscritos, permitindo inclusão de novo cônjuge e filhos, além de dependentes previstos no contrato.

§ 7º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 8º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 9º A adaptação prevista neste artigo, com oferecimento obrigatório de contrato adaptado aos beneficiários e decisão unilateral destes de adaptar ou não, deverá ser exercida até 31 de dezembro de 2003.

§ 10. Após o prazo previsto no § 9º, a adaptação poderá ser feita por acordo entre as partes.” (NR)

“Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

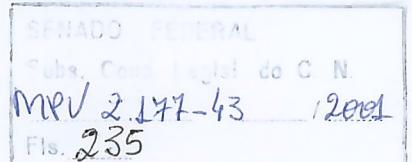
f) assistência farmacêutica;

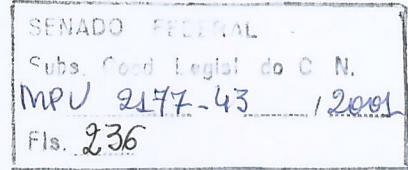
g) ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde;

h) mobilidade de beneficiários entre operadoras e portabilidade de suas carências;

i) o disposto no § 2º do art. 12-A desta Lei;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.





Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas nas alíneas “a” a “e” e “i” do inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.” (NR)

“Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

- I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
- II - da Saúde;
- III - da Fazenda;
- IV - da Justiça; e
- V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.” (NR)

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definida a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem risco iminente de vida, sofrimento intenso, perda de membro ou função vital, exigindo tratamento médico imediato; e

II - de urgência, definida como a ocorrência de agravo à saúde, cujo portador necessite de assistência médica imediata, nos casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.” (NR)

“Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o

disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.” (NR)

“Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

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

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

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

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

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

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

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

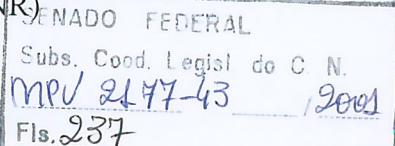
IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.” (NR)

“Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.” (NR)



“Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.” (NR)

“Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.” (NR)

“Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.” (NR)

“Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.” (NR)

“Art. 35-L. As operadoras privadas de assistência à saúde deverão oferecer a todos os usuários de contratos anteriores à 2 de janeiro de 1999, nas condições e nos prazos disciplinados pela ANS, Plano Especial de Adesão a Contrato Adaptado, compreendendo:

- I - ampliação da cobertura assistencial e condições de acesso de que trata o art. 10 desta lei;
- II - percentual único de acréscimo às contraprestações pecuniárias;
- III - mecanismos limitadores dos reajustes por faixa etária, de forma a atender os limites estabelecidos nesta Lei e em seu disciplinamento;
- IV - mecanismos de oferecimento ao usuário e de sua manifestação de adesão;
- V - outras exigências regulamentadas pela ANS.

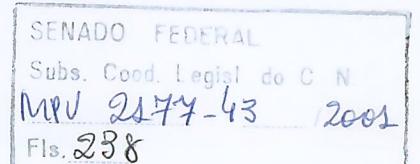
§ 1º A operadora deverá informar também se o acréscimo a que se refere o inciso II deste artigo está ou não condicionado à percentual mínimo de adesão dos usuários.

§ 2º O Plano Especial de Adesão previsto neste artigo deverá ser previamente aprovado pela ANS antes de ser oferecido aos beneficiários.

§ 3º É vedada a previsão de carência de qualquer tipo, inclusive relativa a doença ou lesão preexistente, bem como a adesão parcial em contratos coletivos.

§ 4º Caso o percentual mínimo de adesão previsto não seja alcançado, o plano poderá ser refeito, exclusivamente quanto ao percentual de acréscimo às mensalidades, e oferecido novamente aos beneficiários que manifestarem sua adesão ao plano especial de adaptação de contratos original, para nova manifestação de adesão.

§ 5º O disposto neste artigo não alcança as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde na modalidade de autogestão.” (NR)



“Art. 35-M. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.” (NR)

“Art. 35-N. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.” (NR)

“Art. 35-O. Para os contratos comercializados pelas sociedades seguradoras de que trata a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sem a intermediação de corretores de seguro, não é devido o recolhimento ao Fundo de Desenvolvimento Educacional do Seguro de que trata o art. 19 da Lei nº 4.594, de 29 de dezembro de 1964.” (NR)

Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho 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. 3º 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. 4º Os arts. 4º, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 4º

.....

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

.....

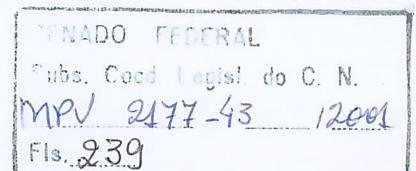
XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;

.....

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e requerer a liquidação judicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

.....



XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - editar as normas, após a fixação das diretrizes gerais pelo CONSU, para implementação no setor de saúde suplementar de:

- a) assistência farmacêutica;
- b) ampliação das ações de prevenção e promoção à saúde;
- c) mobilidade de beneficiários entre operadoras e portabilidade de suas carências;

XLIII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

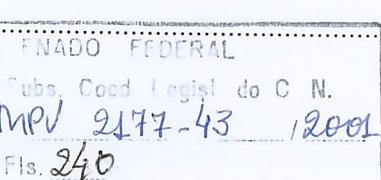
§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

.....
 § 4º Estão subordinados às normas e à fiscalização da ANS quaisquer modalidades de plano, produto, serviço, contrato ou correlato que ofereçam garantia de prestação de serviço de saúde especializados, específicos ou auxiliares, para utilização futura ou eventual, tais como: cartão de desconto, cobertura de procedimento ou doença específica, UTI móvel ou remoção, cuidados domiciliares, dentre outros, conforme disciplinamento específico da ANS.” (NR)

“Art. 10.

.....
 § 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

.....
 § 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.



Art. 13.

IV -

- p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
- q) Associação Médica Brasileira;

V -

- a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
- b) das empresas de medicina de grupo;
- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- d) das empresas de odontologia de grupo;
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

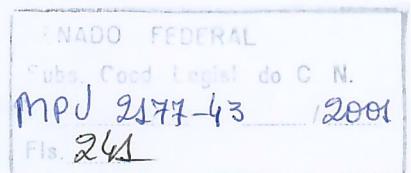
- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar.” (NR)

“Art. 19. São sujeitos passivos da taxa de saúde suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, ainda que não assumam o risco financeiro da cobertura assistencial, que operem produto, serviço, contrato ou correlato, com a finalidade de garantir a assistência à saúde, visando à assistência médica, hospitalar ou odontológica.” (NR)

“Art. 20.

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.



§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos.” (NR)

“Art. 21.

.....

§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

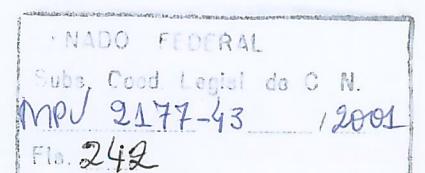
§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei.” (NR)

“Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, resarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso.” (NR)

Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:



“§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas.” (NR)

Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-42, de 28 de junho de 2001.

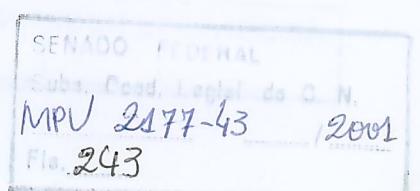
Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 27 de julho de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

Referenda eletrônica: José Serra, Pedro Sampaio Malan, José Gregori, Silvano Gianni

MP-2177-43(L)VERSAO



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

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

R E T I F I C A Ç Ã O

(Publicada no Diário Oficial da União de 28 de julho de 2001, Seção 1, páginas 35 a 41)

Na página 40, 3^a coluna,

onde se lê: “Art. 4º Os arts. 4º, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com as seguintes alterações:”

leia-se: “Art. 4º Os arts. 4º, 10, 13, 19, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passam a vigorar com as seguintes alterações:”

(X) Retificado () Republicado
Seção 1 D.O.U. de - 3 AGO 2001

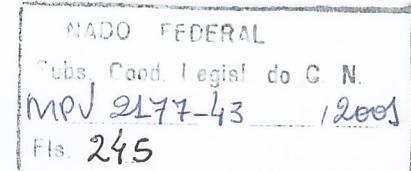
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Mensagem nº 815

Senhores Membros do Congresso Nacional,

Nos termos do artigo 62 da Constituição Federal, submeto à elevada deliberação de Vossas Excelências o texto da Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001, que “Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências”.

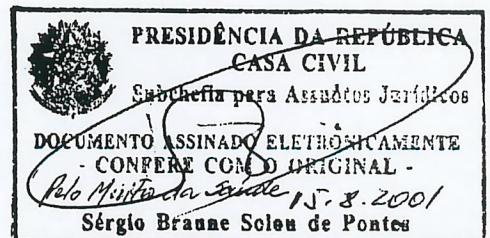
Brasília, 27 de julho de 2001.



EMI nº 00067/MS

Brasília, 26 de julho de 2001

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

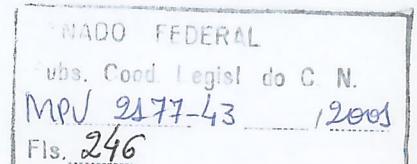


Temos a honra de submeter à elevada consideração de Vossa Excelência proposta de modificação à Medida Provisória nº 2.177-42, de 28 de junho de 2001, a ser reeditada, a fim de alterar dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, no que respeita à atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, especialmente em relação a adaptação de contratos dos usuários que foram firmados antes de 2 de janeiro de 1999 aos princípios da Lei nº 9.656, à ampliação e uniformização da cobertura assistencial, com o escopo de dirimir os atuais conflitos do modelo regulador.

Pretende-se, por esta mesma iniciativa, criar novos instrumentos de justiça fiscal na cobrança da taxa de saúde suplementar, medida esta que demanda modificação à Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

O conjunto de proposições pode ser sintetizado nos seguintes pontos:

- novas regras para adaptação de contratos firmados anteriormente à edição da Lei nº 9.656, de 1998;
- sistematização dos requisitos para a constituição e o registro e autorização de funcionamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- sistematização dos requisitos para registro de produtos de saúde suplementar, fixando, inclusive, os conceitos de categorias de planos ou produtos (de rede, de reembolso e de acesso) e a possibilidade de a ANS segmentá-los ou subsegmentá-los;
- estabelecimento de nova condição para a sujeição das operadoras de planos privados de assistência à saúde suplementar ao regime falimentar (fundado indício de crime falimentar);



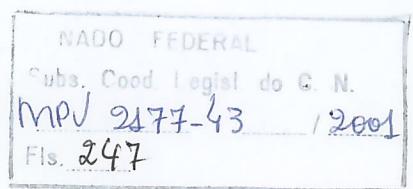
autorização da ANS e, por via de consequência, na aplicação da penalidade fixada no termo, sem prejuízo da abertura de processo administrativo para adoção das medidas cabíveis.

Por fim, a modificação da Lei nº 9.961, de 2000, mostra-se conveniente, na medida em que houve a inserção de novos personagens no conceito de operadoras de planos privados de assistência à saúde, os quais não estavam descritos como sujeitos passivos da taxa de saúde suplementar. Neste diapasão, tornou-se necessária a inclusão de novas competências à ANS, conforme se infere do art. 4º da Lei, tratado no art. 4º, da medida provisória em análise. Hipóteses de isenção da Taxa de Saúde Suplementar também foram contempladas como medida de justiça fiscal.

As questões vertentes são de grande relevância, sendo, assim, iminente a necessidade da alteração da legislação em vigor, tendo em vista que a Agência Nacional de Saúde Suplementar vem exercendo, de fato, a regulação do mercado de assistência privada à saúde, urgindo dotá-la dos instrumentos indispensáveis à consecução de seus propósitos.

Respeitosamente,

JOSÉ SERRA
Ministro de Estado da Saúde



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Aviso nº 890 - C. Civil.

Brasília, 27 de julho de 2001.

Senhor Primeiro Secretário,

Encaminho a essa Secretaria Mensagem na qual o Excelentíssimo Senhor Presidente da República submete à deliberação do Congresso Nacional o texto da Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.



SILVANO GIANNI
Chefe da Casa Civil
da Presidência da República, Interino

A Sua Excelência o Senhor
Senador CARLOS WILSON
Primeiro Secretário do Senado Federal
BRASÍLIA-DF.



LEGISLAÇÃO CITADA

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

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

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

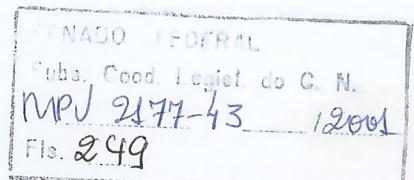
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

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 n°s 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;

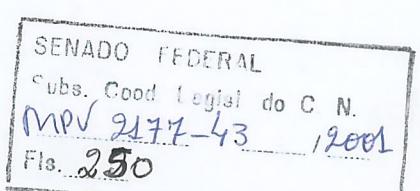
VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal.

§ 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;

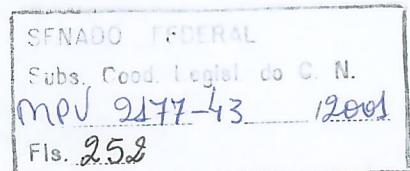
VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.
Parágrafo único. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas:

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 auto gestão, 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 Doença 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.

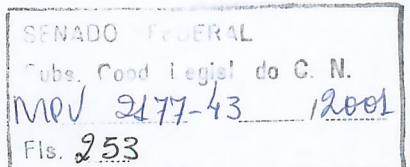
Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguro privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes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

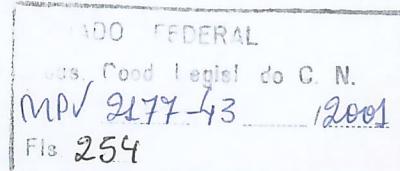
VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 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 único 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;

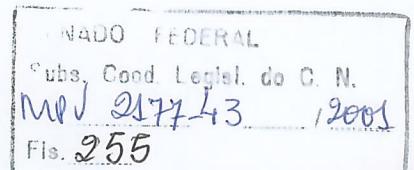
VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

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.

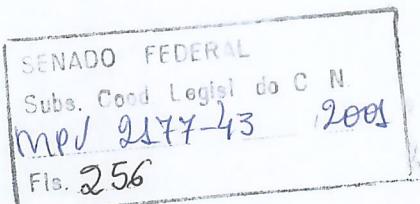
Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.

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:

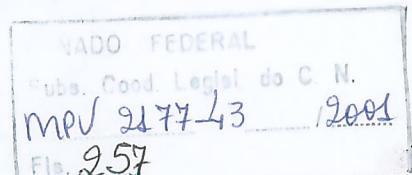
I - advertência;

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, corretores 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.

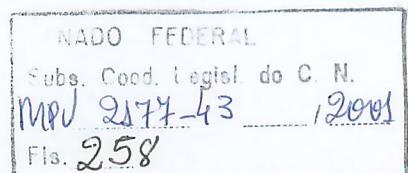
§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

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 resarcidos 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 pelas 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.

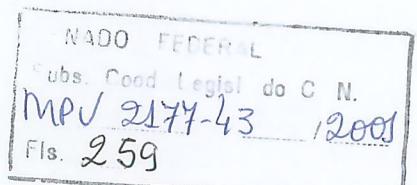
§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os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

LEI N° 9.932, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.

Dispõe sobre a transferência de atribuições da IRB-Brasil Resseguros S.A. – IRB-BRASIL Re para a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, e dá outras providências.



LEI N° 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001.

Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências

.....
Art. 1º As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

§ 1º As sociedades seguradoras que já operam o seguro de que trata o caput deste artigo, conjuntamente com outros ramos de seguro, deverão providenciar a sua especialização até 1º de julho de 2001, a ser processada junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente.

§ 2º As sociedades seguradoras especializadas, nos termos deste artigo, ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde - ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei nº 9.656, de 1998, e na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Complementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas.

§ 4º Enquanto as sociedades seguradoras não promoverem a sua especialização em saúde, nos termos deste artigo, ficarão sujeitas à fiscalização da SUSEP e da ANS, no âmbito de suas respectivas competências.

§ 5º As sociedades seguradoras especializadas em seguro saúde, nos termos deste artigo, continuarão subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN.

.....

LEI N° 6.024, DE 13 DE MARÇO DE 1974

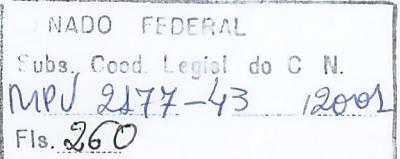
Dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras, e dá outras providências

.....
Art. 37. Os abrangidos pela indisponibilidade de bens de que trata o artigo anterior, não poderão ausentar-se do foro, da intervenção, da liquidação extrajudicial ou da falência, sem prévia e expressa autorização do Banco Central do Brasil ou do juiz da falência.

Art. 38. Decretada a intervenção, a liquidação extrajudicial ou a falência, o interventor, o liquidante ou o escrivão da falência comunicará ao registro público competente e às Bolsas de Valores a indisponibilidade de bens imposta no artigo 36.

Parágrafo único. Recebida a comunicação, a autoridade competente ficará relativamente a esses bens impedida de:

- a) fazer transcrições, inscrições ou averbações de documentos públicos ou particulares;
 - b) arquivar atos ou contratos que importem em transferência de cotas sociais, ações ou partes beneficiárias;
 - c) realizar ou registrar operações e títulos de qualquer natureza;
 - d) processar a transferência de propriedade de veículos automotores.
-



LEI Nº 8.884, DE 11 DE JUNHO DE 1994.

Transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) em Autarquia, dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências.

DECRETO-LEI Nº 7.661, DE 21 DE JUNHO DE 1945.

Lei de Falências

Art. 186. Será punido o devedor com detenção, de seis meses a três anos, quando concorrer com a falência algum dos seguintes fatos:

- I - gastos pessoais, ou de família, manifestamente excessivos em relação ao seu cabedal;
- II - despesas gerais do negócio ou da empresa injustificáveis, por sua natureza ou vulto, em relação ao capital, ao gênero do negócio, ao movimento das operações e a outras circunstâncias análogas;
- III - emprêgo de meios ruinosos para obter recursos e retardar a declaração da falência, como vendas, nos seis meses a ela anteriores, por menos do preço corrente, ou a sucessiva reforma de títulos de crédito;
- IV - abuso de responsabilidade de mero favor;

V - prejuízos vultosos em operações arriscadas, inclusive jogos de Bólsa;

VI - inexiste ncia dos livros obrigatórios ou sua escrituração atrasada, lacunosa, defeituosa ou confusa;

VII - falta de apresentação do balanço, dentro de sessenta dias após à data fixada para o seu encerramento, à rubrica do juiz sob cuja jurisdição estiver o seu estabelecimento principal.

Parágrafo único. Fica isento da pena nos casos dos ns. VI e VII deste artigo, o devedor que, a critério do juiz da falência, tiver instrução insuficiente e explorar comércio exígido.

Art. 187. Será punido com reclusão por um a quatro anos, o devedor que, com o fim de criar ou assegurar injusta vantagem para si ou para outrem, praticar, antes ou depois da falência, algum ato fraudulento de que resulte ou possa resultar prejuízo aos credores.

Art. 188. Será punido o devedor com a mesma pena do artigo antecedente, quando com a falência concorrer algum dos seguintes fatos:

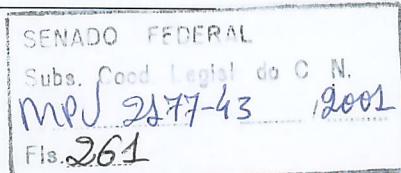
- I - simulação de capital para obtenção de maior crédito;
- II - pagamento antecipado de uns credores em prejuízo de outros;
- III - desvio de bens, inclusive pela compra em nome de terceira pessoa, ainda que cônjuge ou parente;
- IV - simulação de despesas, de dívidas ativas ou passivas e de perdas;
- V - perdas avultadas em operações de puro acaso, como jogos de qualquer espécie;
- VI - falsificação material, no todo ou em parte, da escrituração obrigatória ou não, ou alteração da escrituração verdadeira;
- VII - omissão, na escrituração obrigatória ou não, de lançamento que dela devia constar, ou lançamento falso ou diverso do que nela devia ser feito;
- VIII - destruição, inutilização ou supressão, total ou parcial, dos livros obrigatórios;
- IX - ser o falido leiloeiro ou corretor.

Art. 189. Será punido com reclusão de um a três anos:

- I - qualquer pessoa, inclusive o falido, que ocultar ou desviar bens da massa;
- II - quem quer que, por si ou interposta pessoa, ou por procurador, apresentar, na falência ou na concordata preventiva, declarações ou reclamações falsas, ou juntar a elas títulos falsos ou simulados;
- III - o devedor que reconhecer como verdadeiros créditos falsos ou simulados;
- IV - o síndico que der informações, pareceres ou extratos dos livres do falido inexatos ou falsos, ou que apresentar exposição ou relatórios contrários à verdade.

DECRETO-LEI Nº 41, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1966

Dispõe sobre a dissolução de sociedades civis de fins assistenciais.



LEI N° 4.594, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1964.

Regula a profissão de corretor de seguros

Art . 19. Nos casos de aceitação de propostas pela forma a que se refere a alínea "b" do artigo anterior, a importância habitualmente cobrada a título de comissão, calculada de acordo com a tarifa respectiva, reverterá para a criação de escolas profissionais (VETADO) e criação de um "Fundo de Prevenção contra incêndios".

§ 1º As emprêsas de seguros escriturarão essa importância em livro devidamente autenticado pelo Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização.

§ 2º A criação e funcionamento dessas instituições ficarão a cargo do Instituto de Resseguros do Brasil, que arrecadará essas importâncias diretamente das entidades seguradoras.

LEI N. 6.435 - DE 15 DE JULHO DE 1977

Dispõe sobre as entidades de previdência privada, e dá outras providências.

DECRETO-LEI N° 73, DE 21 DE NOVEMBRO DE 1966

Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências.

LEI N° 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

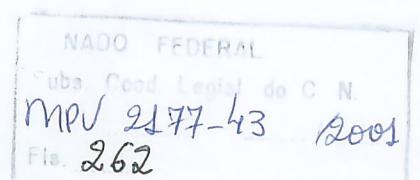
Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

LEI N° 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

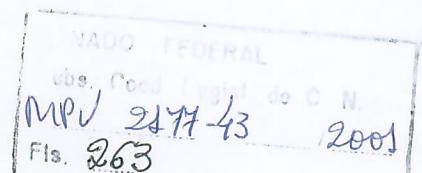
Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

.....
Art. 4º Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;



- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- 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 - estabelecer normas para resarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência, sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;



XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - 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 privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

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

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização de funcionamento;

XXXV - promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

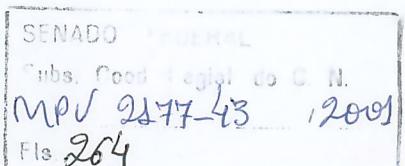
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de cinco mil Ufir, podendo ser aumentada em até vinte vezes se necessário para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º O Presidente da República poderá determinar que os reajustes e as revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de que trata o inciso XVII, sejam autorizados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Fazenda e da Saúde.



Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

- I - exercer a administração da ANS;
- II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
- III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;
- IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;
- VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores da Agência caberá recurso à Diretoria Colegiada.

§ 3º O recurso a que se refere o § 2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

.....

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

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

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça;

e) da Saúde;

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) Conselho Federal de Enfermagem;

g) Federação Brasileira de Hospitais;

h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;

j) Confederação Nacional da Indústria;

l) Confederação Nacional do Comércio;

m) Central Única dos Trabalhadores;

n) Força Sindical;

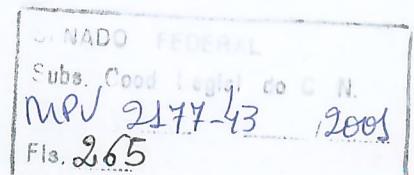
o) Social Democracia Sindical;

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

a) de defesa do consumidor;

b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;

c) do segmento de auto-gestão de assistência à saúde;



- d) das empresas de medicina de grupo;
- e) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- f) das empresas de odontologia de grupo;
- g) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
- h) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante e respectivo suplente na Câmara de Saúde Suplementar.

.....
Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

- I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;
- II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

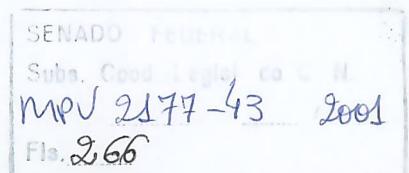
§ 3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam consequências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

Art 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

- I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;
- II - multa de mora de 10% (dez por cento).



Parágrafo único. Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

.....
Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

.....
Art 33. A ANS poderá designar servidor ou empregado da Administração Pública Federal, direta ou indireta, para exercer o encargo de diretor fiscal, diretor técnico ou liquidante de operadora de plano de assistência à saúde com remuneração equivalente à do cargo em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, de nível 5.

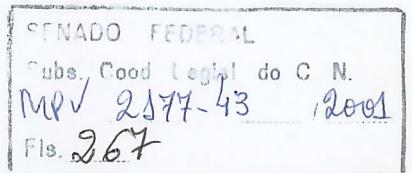
ANEXO III

ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados – Produto	500,00
Alteração de Dados – Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00

MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.177-42, DE 28 DE JUNHO DE 2001.

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





SENADO FEDERAL
Gabinete do Líder do PFL

OF. Nº 214/01-GLPFL

Brasília, 16 de agosto de 2.001.

*Façam-se as substituições
solicitadas*

Em 17/08 /2001

Senhor Presidente,

Nos termos regimentais, solicito seja feita a substituição na indicação dos membros da Comissão Mista incumbida do estudo e parecer da Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001, que “*Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências*”, ficando assim constituída:

TITULARES

Lindberg Cury
José Agripino

SUPLENTES

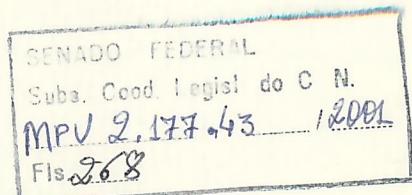
Jonas Pinheiro
Bello Parga

Atenciosamente,

Hugo Napoleão
Senador HUGO NAPOLEÃO

Líder do PFL no Senado Federal

A Sua Excelência o Senhor
Senador EDISON LOBÃO
Presidente do Senado Federal, em exercício





	II	
I		
V		
IV		
III	A	
II		
I		

ANEXO III
Carreiras Auditoria da Receita Federal, Auditoria-Fiscal da Previdência Social e Auditoria-Fiscal do Trabalho

Tabela de Vencimentos

Cargo	Classe	Padrão	Valor (em R\$)
	IV	4.720,16	
	Especial	III	4.582,68
		II	4.449,20
		I	4.319,62
Auditor-Fiscal da Receita Federal	IV	3.962,95	
	III	3.847,52	
	II	3.735,46	
	I	3.626,66	
Previdência Social	V	3.327,21	
	IV	3.230,30	
Auditor-Fiscal do Trabalho	B	III	3.136,22
	II	3.044,87	
	I	2.956,18	
	V	2.712,10	
	IV	2.633,10	
	III	2.556,41	
	II	2.481,95	
	I	2.409,66	

ANEXO IV
Carreira Auditoria da Receita Federal

Tabela de Vencimentos

Cargo	Classe	Padrão	Valor (em R\$)
	IV	1.936,76	
	Especial	III	1.880,35
		II	1.825,58
		I	1.772,41
	IV	1.626,06	
	III	1.578,70	
	II	1.532,72	
	I	1.488,08	
Técnico da Receita Federal	V	1.365,21	
	IV	1.326,45	
	III	1.286,84	
	II	1.249,36	
	I	1.212,97	
	V	1.112,82	
	IV	1.080,41	
	III	1.048,94	
	II	1.018,39	
	I	988,72	

ANEXO V
Carreiras Auditoria da Receita Federal, Auditoria-Fiscal da Previdência Social e Auditoria-Fiscal do Trabalho

Tabela de Transposição

SITUAÇÃO ATUAL			SITUAÇÃO NOVA		
Cargo	Classe	Padrão	Padrão	Classe	Cargo
Auditor-Fiscal	I			Auditor-Fiscal	

MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

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

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

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

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

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;

SENADO FEDERAL

Subs. Coord. Legislativa C.N.

MP 2.177-44/2001

Fls 269



e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor;

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

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

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

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

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

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

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

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS." (NR)

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

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

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

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

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

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

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

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

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

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

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

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

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

"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I -

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

II -

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

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

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

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

III -

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

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 produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

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

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referente, e de que este lhe foi oferecido." (NR)

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

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

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

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

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos." (NR)

NADO FEDERAL

Subs. Coord. Legis. do G. N.

M.P. 2.147-44.101

Fls. 270

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

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

VII - o regime, ou tipo de contratação:

- a) individual ou familiar;
- b) coletivo empresarial; ou
- c) coletivo por adesão;

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

X - a área geográfica de abrangência;

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações." (NR)

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

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

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

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

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

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

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

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

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

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

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

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

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;

II - nome fantasia;

III - CNPJ;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

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

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

I - razão social da operadora ou da administradora;

II - CNPJ da operadora ou da administradora;

III - nome do produto;

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e 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 ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

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

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

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

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

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

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

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

"Art. 21.

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

"Art. 22.

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

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

"Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvença civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvença civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

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

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

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

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assessorados, até posterior determinação judicial; e

IV - prevenção do juizo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvença civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juizo prevento o roteiro das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente." (NR)

SENADO FEDERAL

Subs. Coord. legisl. do C. N.

MP 2147-44/01

Fls. 271



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

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

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

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira." (NR)

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade." (NR)

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

"Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários." (NR)

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

"Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

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

V - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora." (NR)

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

"Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19." (NR)

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

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

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

II - corrigir as irregularidades, inclusive indemnizando os prejuízos delas decorrentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 9º A ANS regularizará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo." (NR)

"Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

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

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

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

"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 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 considerada contribuição a participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar." (NR)

"Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

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

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30." (NR)

"Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O resarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do resarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o resarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O resarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

SENADO FEDERAL

Subs. Coord. Legisl. do G. N.

MP 2147-44/01

Fls. 272



§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem resarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei." (NR)

"Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos." (NR)

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

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

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS desejará em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo." (NR)

"Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU." (NR)

"Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
II - da Saúde;
III - da Fazenda;
IV - da Justiça; e
V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convadir Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU." (NR)

"Art. 35-C. 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, caracterizada em declaração do médico assistente; e

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

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35." (NR)

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

"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei:

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

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

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

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

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

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

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas da nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação da cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo." (NR)

"Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes." (NR)

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

"Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia." (NR)

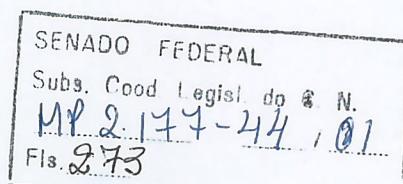
"Art. 35-I. Responderá subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e tributários, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica." (NR)

"Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do cargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais." (NR)

"Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituidos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora do plano de assistência à saúde e pela ANS." (NR)

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



Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho 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. 3º 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. 4º A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 4º

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvidos o Ministério da Fazenda;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvabilidade civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação da carteira.

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

"(NR)

"Art. 10.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretoiros caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.

....." (NR)

Art. 13.

IV -

p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;

q) Associação Médica Brasileira;

V -

a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;

b) das empresas de medicina de grupo;

c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;

d) das empresas de odontologia de grupo;

e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

a) de defesa do consumidor;

b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;

c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)

"Art. 20.

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispor a ANS.

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispor a ANS.

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispor a ANS.

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos." (NR)

"Art. 21.

§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei." (NR)

"Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, resarcindo os desvalores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)

Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas." (NR)

Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.

Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 4º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
Pedro Malan
José Serra
Pedro Parente

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.179-36, DE 24 DE AGOSTO DE 2001

Dispõe sobre as relações financeiras entre a União e o Banco Central do Brasil, 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 As disponibilidades de caixa da União depositadas no Banco Central do Brasil serão remuneradas, a partir de 18 de janeiro de 1999, pela taxa média aritmética ponderada da rentabilidade intrínseca dos títulos da Dívida Pública Mobilária Federal interna de emissão do Tesouro Nacional em poder do Banco Central do Brasil.

Art. 2º O resultado apurado no balanço semestral do Banco Central do Brasil após computadas eventuais constituições ou reversões de reservas será considerado:

I - se positivo, obrigação do Banco Central do Brasil para com a União, devendo ser objeto de pagamento até o décimo dia útil subsequente ao da aprovação do balanço pelo Conselho Monetário Nacional;

II - se negativo, obrigação da União para com o Banco Central do Brasil, devendo ser objeto de pagamento até o décimo dia útil do exercício subsequente ao da aprovação do balanço pelo Conselho Monetário Nacional.

§ 1º Os valores pagos na forma do inciso I serão destinados exclusivamente ao pagamento da Dívida Pública Mobilária Federal, devendo ser amortizada, prioritariamente, aquela existente junto ao Banco Central do Brasil.

§ 2º Durante o período compreendido entre a data da apuração do balanço semestral e a data do efetivo pagamento, as parcelas de que tratam os incisos I e II terão remuneração idêntica àquela aplicada às disponibilidades de caixa da União depositadas no Banco Central do Brasil.

§ 3º A constituição de reservas de que trata o caput não poderá ser superior a vinte e cinco por cento do resultado apurado no balanço do Banco Central do Brasil.

SENADO FEDERAL

Subs. Cood. Legisl. do C. N.

MP 2.179-44/01

Fls. 274

**CONGRESSO NACIONAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SUBSECRETARIA DE COMISSÕES
SERVIÇO DE APOIO ÀS COMISSÕES MISTAS**

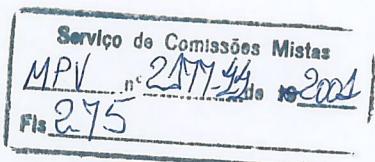
EMENDAS ADICIONADAS PERANTE A COMISSÃO MISTA, DESTINADA A EXAMINAR E EMITIR PARECER SOBRE A MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.177-44, ADOTADA EM 24 DE AGOSTO DE 2001 E PUBLICADA NO DIA 27 DO MESMO MÊS E ANO, QUE "ALTERA A LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, QUE DISPÕE SOBRE OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

CONGRESSISTAS	EMENDAS N°S
Deputado CUNHA BUENO	171, 173, 174, 176, 177
Deputado HERCULANO ANGHINETTI	152, 153, 158, 175, 178, 179
Senador JUVÊNCIO DA FONSECA	135
Deputado OSMÂNIO PEREIRA	133, 137, 140, 141, 142, 143, 147, 149, 150, 156
Deputado ROBERTO JEFFERSON	127, 129, 130, 131, 132, 134, 136, 138, 139, 144, 145, 146, 148, 151, 154, 155
Deputado SANTOS FILHO	161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172
Deputada YEDA CRUSIUS	128, 157, 159, 160

SACM

TOTAL DE EMENDAS – 179

Convalidadas – 126
Adicionadas - 053





CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000127

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/08/2001	3 MP nº 2.177-44 de 2001			
4	AUTOR	N.º PRONTUÁRIO		
Deputado ROBERTO JEFFERSON		5 323		
6	TIPO			
1 <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA	2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	3 <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA	4 <input type="checkbox"/> ADITIVA	5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL
7 PÁGINA	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
1/1	1º			

9 TEXTO
Emenda Supressiva**Medida Provisória nº 2.177-44 de 24/08/2001**

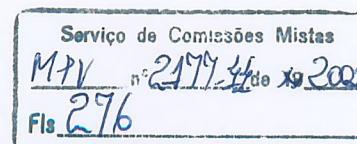
Art. 1º - Suprima-se a expressão “de direito privado” após o caput do art. 1º.

Justificativa

A Lei deve alcançar, necessariamente, todas as pessoas jurídicas dedicadas ao mister de operar planos privados de assistência à saúde, sejam elas de direito público ou privado. Portanto, a supressão é, sobretudo, uma exigência de equanimidade de tratamento.

Sala das Sessões, em

O TEXTO DEVE SER DA 1.º OGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS



10	ASSINATURA



CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000128

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA

Dê-se ao artigo 1º, inciso III, a seguinte redação:

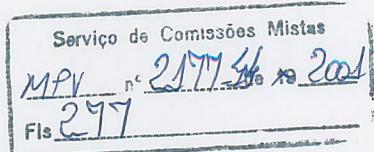
“Art. 1º.....
III- Carteira: o conjunto ou sub-conjunto de contratos de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde, de uma mesma operadora, em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações neles contidos.”

JUSTIFICATIVA

Tecnicamente, o conceito de carteira deve ser aplicado a uma mesma operadora. Além disto, existem segmentações no conjunto de contratos que constituem, elas próprias, uma carteira, porque reúnem contratos com características semelhantes entre si e que demandam tratamento regulamentar diversos. Exemplo: contratos de pré e pós pagamento, contratos individuais e coletivos etc.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

DEP. YEDA CRUSIUS





APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado ROBERTO JEFFERSON	5 N.º PRONTUÁRIO 323			
6 TIPO 1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input checked="" type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/2	8 ARTIGO 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9
Emenda Substitutiva
Medida Provisória nº 2.177-44 de 24/08/2001

Art. 1º *Lei 9656*
O art. 8º da MP da referência passa a ter a seguinte redação
“art. 8º

I - comprovação de sua regular constituição;

II - demonstração da viabilidade econômico-financeira, respeitadas suas peculiaridades operacionais;

III - designação do responsável técnico;

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

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

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

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

O TEXTO DEVE SER DIALOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10
ASSINATURA
[Signature]

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2197/2001
Fls 298



CONGRESSO NACIONAL

ETIQUETA

1

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO			
27/07/2001	3	MP nº 2.177-43 de 2001			
4	AUTOR	5	N.º PRONTUÁRIO		
6	TIPO				
1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA	2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	3 <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA	4 <input type="checkbox"/> ADITIVA		
5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL					
7	PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
2/2	8	1º			

O TEXTO DEVE SER DATOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

9 § 4º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

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

Justificativa

A redação ora proposta para o "art. 8º", constante da MP 2.177-43, de 27/07/01, é muito mais racional e consentânea com a realidade brasileira na área de planos privados de assistência à saúde.

Portanto, essa redação deve ser mantida.

Sala das Sessões, em

ASSINATURA

10	Serviço de Comissões Mistas MPV nº 2177-43 de 2001 Fls 299
----	--



CONGRESSO NACIONAL

1

MP 2.177-44

000130

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado ROBERTO JEFFERSON	5 N.º PRONTUÁRIO 323			
6 TIPO <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9
**Emenda Supressiva
MP nº 2.177-44, de 2001**

Art. 1º
Suprima-se do caput do “Art. 8º” e de seu § 3º, a expressão “independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS”

Justificativa
A proposta de supressão da referida expressão visa impedir a continuidade de uma verdadeira *legislação complementar* exercitada por atos administrativos.
Um mercado complexo e sensível como é o da saúde supletiva não pode e não deve ficar sujeito a mudanças constantes, como ocorre hoje, prejudicando sensivelmente os interesses maiores dos usuários e das operadoras.
Portanto, em nome de um funcionamento ágil, fluido e eficiente do setor, é mister que se suprima a referida expressão, um verdadeiro *cheque em branco* para as autoridades administrativas.

Sala das Sessões, em

10
ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
nº 219149 de 20/2021
Fis 280



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000131

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado ROBERTO JEFFERSON	5 N.º PRONTUÁRIO 323			
6 TIPO <input checked="" type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9
TEXTO

**Emenda Supressiva
MP nº 2.177-44, de 2001**

Art. 1º

Suprima-se do “Art. 9º” da referida MP o seu § 3º.

JUSTIFICATIVA

O prazo fixado no referido dispositivo que se pretende suprimir é, além de exíguo, inteiramente contrário às práticas de mercado do setor saúde.

Sala das Sessões, em

O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10
ASSINATURA

[Handwritten signature]

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2177-44 de 10/2001
Fls 281



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000132

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/08/2001

3 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-44 de 2001

4 AUTOR
Deputado ROBERTO JEFFERSON

5 N.º PRONTUÁRIO
323

6 TIPO
 SUPRESSIVA SUBSTITUTIVA MODIFICATIVA ADITIVA SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA
1/1

8 ARTIGO
1º

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO

Emenda Substitutiva

Medida Provisória nº 2.177-44 de 24/08/2001

Art. 1º

O § 4º, Art. 9º, da MP da referência passa a ter a seguinte redação.

“ Art. 9º ...

§ 3º - A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto, caso identifique irregularidade de natureza grave contratual econômico-financeira ou assistencial”.

Justificativa

A redação proposta é mais precisa e objetiva, não sujeita ao subjetivismo da redação original.

Sala das Sessões, em

SSINATURA

10

Serviço de Comissões Mistas
MPV n.º 2177-44-00-2001
Fls 282



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	27/08/2001	PROPOSIÇÃO							
3	MP nº	2.177-44 de 2001								
4	AUTOR	Deputado Osmânia Pereira	N.º PRONTUÁRIO	256						
6	TIPO	1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL								
7	PÁGINA	1/1	ARTIGO	1º	PARÁGRAFO		INCISO		ALÍNEA	

9	TEXTO	<p>Emenda Modificativa</p> <p>Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001</p> <p>Art. 1º -</p> <p>Inclua-se no “Art. 10” o seguinte inciso X e altere-se o seu § 4º, na forma a seguir descrita:</p> <p>“Art 10 ...</p> <p>X – procedimentos inexequíveis na área de abrangência geográfica de atuação da operadora”</p> <p>§ 4º - A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pelo CONSU”</p> <p>Justificativa</p> <p>A inclusão do inciso X, embora pareça óbvio, é necessário, dado que o plano só pode realizar os procedimentos exequíveis em sua área geográfica de atuação. Em segundo lugar, a amplitude das coberturas, notadamente transplantes e procedimentos de alta complexidade, deve ser matéria sujeita à decisão do CONSU, órgão superior da hierarquia da área de planos privados de saúde.</p> <p>Sala das Sessões, em</p>
---	-------	--

10	ASSINATURA	
		<p>Serviço de Comissões Mistas MPV 2.177-44 2001 Fis 283</p>



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000134

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/08/20013 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-44 de 20014 AUTOR
Deputado ROBERTO JEFFERSON5 N.º PRONTUÁRIO
3236 TIPO
1 SUPRESSIVA 2 SUBSTITUTIVA 3 MODIFICATIVA 4 ADITIVA 5 SUBSTITUTIVO GLOBAL7 PÁGINA
1/18 ARTIGO
1º

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO

Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

Art. 1º

O “art. 11” da MP da referência passa a ter a seguinte redação:

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

Parágrafo Único – suprimir”

Justificativa

A redação proposta é mais correta e mais ajustada ao tratamento da espécie.

Sala das Sessões, em

ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2199-44 de 10/2001
Fls 284



CONGRESSO NACIONAL

ETIQUETA

MP 2.177-44

000135

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

data 28.08.01	proposição Medida Provisória nº 2.177-44
------------------	---

autor Sen. Juvêncio da Fonseca	nº do prontuário
--	------------------

1 <input type="checkbox"/> Supressiva	2. <input type="checkbox"/> substitutiva	3. <input type="checkbox"/> modificativa	4. <input checked="" type="checkbox"/> aditiva	5. <input type="checkbox"/> Substitutivo global
---------------------------------------	--	--	--	---

Página	Artigo	Parágrafo	Inciso	alínea
TEXTO / JUSTIFICAÇÃO				

Acrescente-se o seguinte artigo 11-A à Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001:

Art. 11-A. É vedada a exigência de teste genético para detecção prévia de doenças, como condição para participar de planos privados de assistência à saúde.

Justificativa:

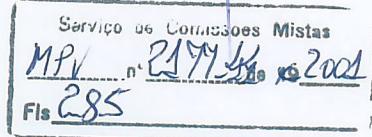
A possibilidade de detecção de doença, principalmente hereditária, por meio de testes genéticos é hoje uma realidade científica, fruto de louvável avanço tecnológico. Contudo, sua utilização deve ser resultado de uma necessidade médica que vise o bem estar do homem. Não deve, assim, tornar-se instrumento de diminuição de custos dos planos de assistência à saúde, em detrimento de valores éticos tão caros à humanidade.

A exigência por um plano de saúde do conhecimento antecipado do conteúdo genético de um cidadão é sem dúvida discriminatória e atenta contra a sua privacidade.

O objetivo do plano de saúde é a socialização do prejuízo financeiro advindo da doença. Inteirar-se da doença potencial antecipadamente e excluir o homem da socialização do seu custo é não apenas discriminá-lo mas tirar-lhe a vida com qualidade também antecipadamente.

PARLAMENTAR

Sen. JUVÊNCIO DA FONSECA





CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000136

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	27/08/2001	PROPOSIÇÃO	
3	MP nº	2.177-44 de 2001		
4	AUTOR	Deputado Roberto Jefferson	N.º PRONTUÁRIO	5 323
6	TIPO	1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input checked="" type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL		
7	PÁGINA	1/1	ARTIGO	1º
8	PARÁGRAFO		INCISO	
9	ALÍNEA			

O TEXTO DEVE SER DIFUSO E APRESENTADO EM 4 VIAS

Emenda Aditiva

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

Inclua-se, após o “art. 12”, o seguinte artigo:

Art. 8º A ANS poderá autorizar a disponibilização ou comercialização de produtos ou planos privados de assistência à saúde, com segmentações, subsegmentações e exigências mínimas diferenciadas e específicas, além de:

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

II - plano ou produto com preços de comercialização, reajustes e revisão previamente aprovados pela ANS;

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

§ 2º Após consulta pública a ANS fixará os requisitos, exigências, restrições, abrangência geográfica e condições gerais de operação a serem cumpridos pelas operadoras para a disponibilização ou comercialização de planos e produtos autorizados na forma deste artigo.

Justificativa

O citado artigo, com pequenas modificações, integrava o texto da MP 2.144-43, de 2001, e que foi subtraída na reedição atual da MP 2.144.

Entretanto, a proposta contém evidentes avanços na área de prestação assistencial que é fundamental sejam preservados.

Sala das Sessões, em

10

ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas

MPV n. 2177-44 de 2001

Fls 286



CONGRESSO NACIONAL

1

MP 2.177-44
000137

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira	5 N.º PRONTUÁRIO 256			
6 TIPO <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
PÁGINA 1/1	ARTIGO 8 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO

Emenda Modificativa
Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

O inciso III, “Art. 13” da MP da referência passa a ter a seguinte redação:

“Art. 13, III – a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular, desde que o mesmo se encontre adimplente quanto à ocorrência do evento”

Justificativa

Parece-nos que a redação original omitiu essa necessidade da adimplência do titular para que ele possa usufruir dos benefícios do citado dispositivo.

Sala das Sessões, em

ASSINATURA

10

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2.177-44 de 16/2001
Fis 287



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000138

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

1

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Roberto Jefferson				
5 N.º PRONTUÁRIO 323				
6 TIPO 1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/1	8 ARTIGO 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

TEXTO

Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

Dê-se ao Parágrafo Único do “Art. 15” a seguinte redação:

“Art. 15 – ...

Parágrafo Único – É vedada a variação a que alude o *caput*, para consumidores com mais de sessenta anos, que participarem há mais de dez anos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º, ofertados pela mesma operadora ou sucessora desta.”

Justificativa

É a redação proposta é a mais explícita, não deixando margem a dúvidas quanto ao marco de idade do consumidor.

Sala das Sessões, em

10 ASSINATURA	Serviço de Comissões Mistas MPV n. 2177-44 de 10/2001 Fis 288
------------------	---



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	27/08/2001	PROPOSIÇÃO	MP nº 2.177-44 de 2001		
4	AUTOR	Deputado Roberto Jefferson				
5	N.º PRONTUÁRIO	323				
6	TIPO	1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA	2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA	4 <input type="checkbox"/> ADITIVA	5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL
7	PÁGINA	1/2	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
8						

9 TEXTO

Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

O “Art. 16” da MP da referência passa a ter a seguinte redação:

“Art. 16...

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

- 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;
- VI - os eventos cobertos e excluídos;
- VII – o regime, ou tipo de contratação:
 - a) Individual ou familiar;
 - b) coletivo empresarial; ou
 - c) coletivo por adesão;
- VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;
- IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;
- X - a área geográfica de abrangência;
- XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.
- XII - número de registro na ANS.
- XIII - categoria do plano ou produto:
 - a) reembolso;
 - b) rede
 - c) rede e reembolso; ou
 - d) acesso; e

10 ASSINATURA

Roberto Jefferson

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2497-46-10-2001
Fis 283



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

²	DATA	³	PROPOSIÇÃO
27/08/2001		MP nº 2.177-44 de 2001	
⁴	AUTOR	⁵ N.º PRONTUÁRIO	
⁶	TIPO		
1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA		2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	
3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA		4 <input type="checkbox"/> ADITIVA	
5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL			
⁷ PÁGINA	⁸ ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO
2/2	1º		
⁹ ALÍNEA			

XIV - tipo de segmentação.

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º A 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.

§ 3º Entende-se para os efeitos desta Lei:

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

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

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

§ 4º É admitida a hipótese de planos com características descritas nos incisos I e II do § 2º deste artigo.

§ 5º A ANS disciplinará as categorias de planos e produtos previstas nos §§ 2º e 3º, ambos deste artigo.

JUSTIFICATIVA

A proposta de redação do art. 16, corresponde a uma síntese, com pequenas alterações, das várias versões editadas nas últimas MP's sobre o assunto, notadamente a de nº 2.177/43, de julho passado.

A nova redação atende, convenientemente, todos os aspectos levantados.

Xolito Pflum

10

ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
MPR nº 2177-44-00-2001
Fls 290



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000140

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

1

2 DATA 27/08/2001 3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001

4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira 5 N.º PRONTUÁRIO 256

6 TIPO SUPRESSIVA SUBSTITUTIVA MODIFICATIVA ADITIVA SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA 1/1 8 ARTIGO 1º PARÁGRAFO INCISO ALÍNEA

9 TEXTO

**Emenda Modificativa
Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001**

Art. 1º

Os dispositivos abaixo do “Art. 19” passam a ser

Art. 19 - ...

§ 3º

VI – âmbito geográfico de atuação da operadora

X - suprimir

Justificativa

No primeiro caso, para tornar a redação compatível com a adotada em outros dispositivos.

A supressão proposta do inciso X do § 3º tem por objetivo conter a exagerada liberdade concedida a ANS, um verdadeiro *poder legislativo paralelo*.

Sala das Sessões, em

10 ASSINATURA

[Handwritten signatures]

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2.177-44 de 2001
Fls 291



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000141

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/08/2001

3 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-44 de 2001

4 AUTOR
Deputado Osmânia Pereira

5 N.º PRONTUÁRIO
256

6 TIPO
1 SUPRESSIVA 2 SUBSTITUTIVA 3 MODIFICATIVA 4 ADITIVA 5 SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA
1/1

8 ARTIGO
1º

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

Dê-se ao *caput* do “Art. 24” a seguinte redação:

“Art. 24 - As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS informações e estatísticas relativas a suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.”

Justificativa

A redação proposta visa assegurar mais objetividade ao texto, evitando-se interpretações dúbias.

Sala das Sessões, em

10

ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2.177-44 de 2001
Fis 292



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000142

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO 256				
6 TIPO 1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/1	8 ARTIGO 1º	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO <p>Emenda Modificativa Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001</p> <p>Art. 1º O “Art. 24-B” passa a ter a seguinte redação: “Art. 24-B – A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira.”</p> <p>Justificativa A redação proposta busca dar objetividade ao dispositivo.</p> <p>Sala das Sessões, em</p>
--

10 ASSINATURA 	Serviço de Comissões Mistas MPV nº 2177-44-252001 Fls 293
----------------------	---

O TEXTO DEVE SER DILIGRAPHADO E APRESENTADO E 4 VIAS



CONGRESSO NACIONAL

FTIO/LIFTA

1

MP 2.177-44

000143

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO			
2	27/08/2001	MP nº 2.177-44 de 2001			
4	AUTOR	N.º PRONTUÁRIO			
4	Deputado Osmânia Pereira	256			
6	TIPO				
1	SUPRESSIVA	2 SUBSTITUTIVA	3 MODIFICATIVA	4 ADITIVA	5 SUBSTITUTIVO GLOBAL
7	PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
7	1/1	1º			

9

Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

O TEXTO DEVE SER D. FILOGRÁFADO E APRESENTADO E 4 VIAS

Art. 1º -

Dê-se ao art. 28 a seguinte redação:

“Art. 28 – Das decisões proferidas nos processos administrativos da ANS, caberá recurso, com efeito suspensivo, ao CONSU, no prazo de quinze dias, contados a partir do recebimento da notificação ou da intimação.”

Justificativa

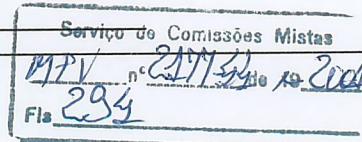
A proposta alcança o objetivo de se ter, na área, uma esfera recursal acima da ANS.

Sala das Sessões, em

ASSINATURA

10

[Handwritten signature]





CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000144

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/08/20013 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-44 de 20014 AUTOR
Deputado ROBERTO JEFFERSON5 N.º PRONTUÁRIO
3236 TIPO
 SUPRESSIVA SUBSTITUTIVA MODIFICATIVA ADITIVA SUBSTITUTIVO GLOBAL7 PÁGINA
1/18 ARTIGO
1º

9 PARÁGRAFO

10 INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO
Emenda Modificativa**Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001**

Art. 1º -

O inciso II, § 2º, do “Art. 29” passa a ter a seguinte redação:

“Art. 29 –

II – o valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.”

Justificativa

Os valores mínimo e máximo fixados correspondem, efetivamente, à realidade do mercado de planos de saúde.

Sala das Sessões, em

10 ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas

MPV nº 217744-2001

Fls 295



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA 27/08/2001	3	PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001	
4	AUTOR Deputado Roberto Jefferson		5	N.º PRONTUÁRIO 323
6	TIPO <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL			
7	PÁGINA 1/2	8	ARTIGO	PARÁGRAFO
				INCISO
				ALÍNEA

9 TEXTO
Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

Dê-se ao "Art. 30 da MP da referência a redação seguinte:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral da contraprestação pecuniária fixada para esta nova situação.

§ 1º. O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º. A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º. Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º. O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego ou quando o mesmo passar a exercer outra atividade de natureza autônoma, liberal ou empresarial.

§ 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, hospitalar ou odontológica.

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10 ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
MPV n. 2177-44 de 2001
Fls 236



CONGRESSO NACIONAL

ETIQUETA

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	27/08/2001	PROPOSIÇÃO	MP nº 2.177-44 de 2001
4	AUTOR			
5	N.º PRONTUÁRIO			
6	TIPO	1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL		
7	PÁGINA	2/2	ARTIGO	1º
8	PARÁGRAFO		INCISO	
9	ALÍNEA			

9 I - a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar; ou
II - o pagamento de eventuais diferenças, por opção, do consumidor, por outro padrão de plano ou pela eventual inclusão de dependentes e agregados

JUSTIFICATIVA

A redação proposta visa corrigir alguns detalhes (importantes) em relação ao texto original.

Sala das Sessões, em

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO ENVIAS

10	ASSINATURA	
Serviço de Comissões Mistas MPV nº 2177-44 de 2001 Fls 299		



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000146

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA	27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO	MP nº 2.177-44 de 2001		
4 AUTOR	Deputado Roberto Jefferson				
5 N.º PRONTUÁRIO	323				
6 TIPO	<input type="checkbox"/> SUPRESSIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA	<input type="checkbox"/> ADITIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL
7 PÁGINA	1/2	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO
Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

Dê-se ao “Art. 31” e seus parágrafos a seguinte redação:

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral da contraprestação pecuniária, fixada para essa nova situação.

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

§ 2º. Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

JUSTIFICATIVA

A redação proposta, sem alterar o mérito do texto original, é mais condizente com as práticas tradicionais do mercado.

Sala das Sessões, em

10 ASSINATURA	
---------------	--

Serviço de Comissões Mistas
 MPV nº 2177-44 de 19/08/2001
 Fls 238



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000147

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO 256				
6 TIPO 1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/2	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO

Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

O Art. 32 da MP referida passa a ter redação seguinte:

Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento de internação hospitalar previstos nos respectivos contratos, restrito aos limites de abrangência geográfica de cobertura indicados no produto, prestados, em caráter de urgência ou emergência a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS e desde que comprovadamente não tenha sido possível a utilização dos serviços próprios e/ou contratados e/ou credenciados da operadora, observadas as cláusulas contratuais, em especial as de gerenciamento e regulação dos serviços e ações de saúde.

§ 1º. A unidade de atendimento, integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, que vier a realizar os serviços, objeto de ressarcimento, deverá comunicar, por escrito, o fato à operadora, dentro de 72 horas do inicio do atendimento, identificando o consumidor paciente, possibilitando, com isso, que a operadora possa avaliar o caso, sobre os aspectos técnicos e administrativo, para que, inclusive, e se possível, a atenção à saúde seja efetivada na rede assistencial própria ou credenciada da operadora. A não comunicação à operadora dentro do prazo acima estipulado, acarretará a cessação da responsabilidade da operadora pelo respectivo ressarcimento.

§ 2º. O ressarcimento será efetuado pelos valores praticados pelas operadoras para a sua rede assistencial, competindo-lhe o ônus da prova dessa quantificação, sob pena de ressarcir o SUS pelos valores indicados na Tabela Única Nacional de Procedimentos - TUNEP.

§ 3º. Somente serão objeto de ressarcimento os serviços de atendimento realizados em beneficio dos consumidores integrantes dos planos de saúde contratados a partir de 28 de outubro de 1.999.

10 ASSINATURA

[Assinatura]

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2177-44 de 2001
Fls 239



CONGRESSO NACIONAL

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	PROPOSIÇÃO		
27/08/2001	3 MP nº 2.177-44 de 2001			
4	AUTOR	N.º PRONTUÁRIO		
		5		
TIPO				
6	1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL			
PÁGINA	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
7 2/2	8 1º			

§ 4º. Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§5º. A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, a qual somente será emitida findo o processo de glosa e/ou impugnação prévias, previsto no § 9º deste artigo, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 6º. O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no parágrafo anterior será cobrado com os seguintes acréscimos:

I – juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II – multa de mora de dez por cento.

§ 7º. Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 5º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 8º. O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 9º. A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação, prévias, dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 4º deste artigo.

JUSTIFICATIVA

A redação proposta é mais detalhada e mais precisa em relação ao texto original, capaz de bem ordenar e facilitar o ressarcimento ao SUS por parte das operadoras.

Sala das Sessões, em

ASSINATURA
10

Serviço de Comissões Mistas
MPR n° 2177-46-X-2001
Fls 300



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA	27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO	MP nº 2.177-44 de 2001		
4 AUTOR	Deputado Roberto Jefferson				
5 N.º PRONTUÁRIO	323				
6 TIPO	<input type="checkbox"/> SUPRESSIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA	<input type="checkbox"/> ADITIVA	<input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL
7 PÁGINA	1/1	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 Emenda Modificativa Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

Art. 1º Substitua-se a redação do “Art. 35” da MP da referência por:

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurado aos titulares de contratos, relativos a planos individuais ou familiares, celebrados até 1º de janeiro de 1999, o direito a ser exercido até 31 de dezembro de 2.003, de adaptar os respectivos contratos ao regime instituído nesta Lei, independentemente da concordância da operadora. Vencido o mencionado prazo, a adaptação somente será possível em havendo a concordância da operadora.

§ 1º. O exercício do direito à aludida adaptação dar-se-á somente no caso da operadora ter produto registrado na ANS e essa faculdade será efetivada no mês de aniversário dos referidos contratos, sendo formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS.

§ 2º. Os titulares de contratos relativos a planos individuais/familiares, a que alude o *caput* deste artigo, ao exercer o direito de adaptar os respectivos contratos ao regime instituído nesta lei, unicamente, poderão fazê-lo por uma das duas opções seguintes:

a) com base em novo valor da contraprestação pecuniária, que não poderá exceder a 86% (oitenta e seis por cento) daquela apontada na Nota Técnica do produto “Plano Referência” registrada na ANS, a cobertura assistencial passará a corresponder ao rol de procedimentos de baixa complexidade, fixado em Resolução da Diretoria Colegiada da ANS; ou

b) mediante a fixação de um novo valor da contraprestação pecuniária, que não poderá superar a 90% (noventa por cento) daquela apontada na Nota Técnica do produto para o qual foi feita a respectiva adaptação, do contrato antigo, com a totalidade da cobertura assistencial prevista no referido produto, registrado, de acordo com a presente Lei e legislação complementar.

§ 6º. A ANS definirá, em norma própria, os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas operadoras para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.

JUSTIFICATIVA

A redação proposta é inovadora e democrática, especialmente por permitir ao usuário a escolha da alternativa que lhe for mais conveniente.

Sala das Sessões em

ASSINATURA

10



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO 256				
6 TIPO <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA <input type="checkbox"/> ADITIVA <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/1	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9
Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º
O “Art. 35-D” passa a ter a seguinte redação

“Art. 35-D As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 15 desta Lei.”

JUSTIFICATIVA

Os valores mínimos e máximos propostos correspondem à realidade do mercado de atendimento privado à saúde.

Sala das Sessões em

10
ASSINATURA

[Assinatura]

10
ASSINATURA

[Assinatura]

Service de Autenticação Pública

MPR nº 2197-44-000149

Fla 302



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000150

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Osmânia Pereira				
5 N.º PRONTUÁRIO 256				
6 TIPO 1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input checked="" type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/1	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9
Emenda Aditiva

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 1º

O *caput* do “Art. 35-E” passa a ter a seguinte redação

“Art. 35-E – A partir de 05 de junho de 1998, aplicar-se-ão a todos os contratos firmados individualmente, as seguintes normas:”

JUSTIFICATIVA

A emenda visa conferir maior precisão ao texto do *caput* do referido artigo.

Sala das Sessões em

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10
ASSINATURA

[Handwritten signatures]

Serviço de Comissões Mistas
MPV n.º 2.177-44 de 2001
Fls 303



CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000151

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/08/20013 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-44 de 20014 AUTOR
Deputado Roberto Jefferson5 N.º PRONTUÁRIO
3236 TIPO
1 SUPRESSIVA 2 SUBSTITUTIVA 3 MODIFICATIVA 4 ADITIVA 5 SUBSTITUTIVO GLOBAL7 PÁGINA
1/18 ARTIGO
9 PARÁGRAFO
10 INCISO
ALÍNEATEXTO
Emenda Supressiva**Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001**

Art. 1º

Suprima-se o inteiro teor do “Art. 35-M” da MP da referência.

JUSTIFICATIVA

O referido artigo é abundante, desnecessário, não devendo, portanto, integrar um texto legal.

Sala das Sessões em

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO E. 4 VIAS

10 ASSINATURA

[Handwritten signature]

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2177-44-2001
Fls 309



CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000152

MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA

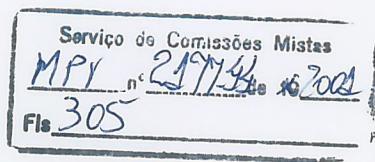
Suprime-se o Inciso XVII do art. 4º.

JUSTIFICATIVA

O setor segurador é sujeito à fiscalização pela ANS quanto ao cumprimento dos contratos, porém não ao controle de seus preços. O exercício deste controle pelo referido órgão é inconstitucional. Na forma da Constituição, as seguradoras, nas questões atuariais, passam pelo crivo da SUSEP.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001.

Herculano Anghinetti
HERCULANO ANGHINETTI
Deputado Federal / PPB-MG





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000153

MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA

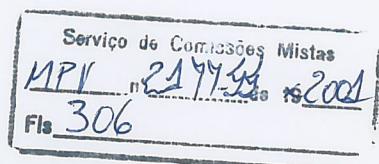
Suprime-se o Inciso XXXV do art. 4º.

JUSTIFICATIVA

A presente emenda, ao suprimir o mencionado inciso, visa restabelecer o direito constitucional facultado ao setor segurador. Desta forma, a ANS estaria exercendo poder discricionário ao querer determinar ou promover a alienação de carteira das operadoras. Trata-se de dispositivo inconstitucional.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001.

Herculano Anghinetti
HERCULANO ANGHINETTI
Deputado Federal/PPB-MG





CONGRESSO NACIONAL

MP 2.177-44

000154

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
27/08/20013 PROPOSIÇÃO
MP nº 2.177-44 de 2001

AUTOR

4 Deputado Roberto Jefferson

5 N.º PRONTUÁRIO
3236 1 SUPRESSIVA2 SUBSTITUTIVA3 MODIFICATIVA4 ADITIVA5 SUBSTITUTIVO GLOBAL7 PÁGINA
1/1ARTIGO
8

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO
Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 4º

O “Art. 10, § 2º” da MP da referência passa a ter a seguinte redação:

“Art. 10

§ 2º - Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada e das decisões desta ao CONSU.

JUSTIFICATIVA

O estabelecimento dessa instância recursal — o CONSU — faz inteiro sentido num setor que envolve tantos e tão diferenciados interesses e direitos.

Sala das Sessões em

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EM VIAS

10 ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2579/2001
Fls 309



CONGRESSO NACIONAL

1

MP 2.177-44

000155

APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 27/08/2001	3 PROPOSIÇÃO MP nº 2.177-44 de 2001			
4 AUTOR Deputado Roberto Jefferson				
5 N.º PRONTUÁRIO 323				
6 TIPO 1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7 PÁGINA 1/1	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA

9 TEXTO
Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 4º

O “Art. 13, inciso VI, passa a ter a seguinte redação:

“Art. 13

VI – por um representante de cada entidade a seguir indicada:

JUSTIFICATIVA

O equilíbrio representativo deve ser mantido, razão da emenda ora apresentada.

Sala das Sessões em

+126 Usman. Pereira

O TEXTO DEVE SER DA LOGRAFADO E APRESENTADO EN 4 VIAS

10 ASSINATURA

Serviço de Comissões Mistas
MAP n° 21944-6-2001
Fla 308



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2	DATA	27/08/2001	PROPOSIÇÃO			
3	MP nº	2.177-44 de 2001	AUTOR			
4	Deputado Osmânia Pereira		N.º PRONTUÁRIO	256		
6	TIPO	1 <input type="checkbox"/> SUPRESSIVA 2 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVA 3 <input checked="" type="checkbox"/> MODIFICATIVA 4 <input type="checkbox"/> ADITIVA 5 <input type="checkbox"/> SUBSTITUTIVO GLOBAL				
7	PÁGINA	1/1	ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO	ALÍNEA
8						

9 TEXTO
Emenda Modificativa

Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001

Art. 4º

Os §§ 6º e 7º do “Art. 20” da MP da referência passam a ter a seguinte redação:

“Art. 20...

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de sessenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de oitenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.”

JUSTIFICATIVA

As propostas visam basicamente reduzir os custos de administração dessas entidades, em benefício dos respectivos usuários.

Sala das Sessões em

10	ASSINATURA	
<p>Serviço de Comunicações Mistas MPV nº 2.177-44 de 2001 Fls 309</p>		



**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao parágrafo 2º do artigo 9º a seguinte redação:

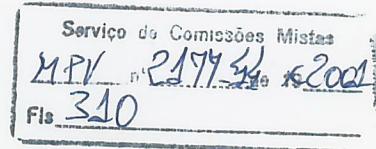
"Art. 9º
§ 1º
§ 2º. A ANS poderá solicitar informações e deixar de aprovar as condições dos planos apresentados que contrariem a legislação em vigor."

JUSTIFICATIVA

A redação anterior do dispositivo dá poderes excessivos à ANS que não pode determinar a operadoras que comercializem contratos em condições com as quais não concordem. Por outro lado, pode e deve a ANS vedar a comercialização de planos com cláusulas contrárias à legislação. Ademais, no nosso sistema jurídico, os contratos com comercialização em curso, uma vez aprovados, não podem ser suspensos no todo ou em parte ao sabor das inclinações da autoridade administrativa.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

DEP. YEDA CRUSIUS





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44
000158

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

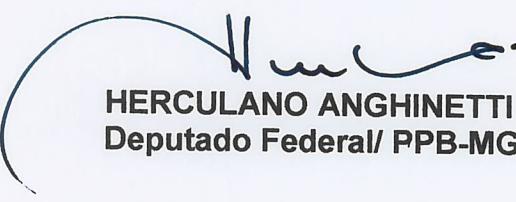
Dê-se ao caput do artigo 12 a seguinte redação:

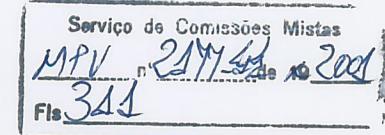
"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências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

JUSTIFICATIVA

A fórmula original, aprovada pelos deputados, previa o "Plano Referência" como de oferecimento obrigatório, mas permitindo que o consumidor optasse por planos diferenciados, dentro de suas conveniências e possibilidades. As medidas provisórias que alteraram a lei, distorceram a idéia original do plano referência, que passou a ter apenas quatro modalidade cerceando o direito de escolha do consumidor.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


HERCULANO ANGHINETTI
Deputado Federal/ PPB-MG





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44
000159

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

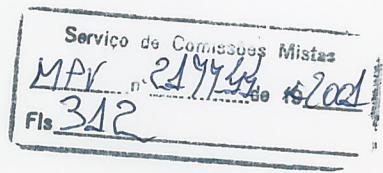
Suprime-se a expressão “valor máximo” da alínea “a” do inciso II do artigo 12

JUSTIFICATIVA

Não se deve retirar a possibilidade de os contratos, conforme convencionados pelas partes, preverem limites em valor para determinadas coberturas. Este tipo de limitação, comum em planos de saúde de outros países, atende ao objetivo de conscientizar o consumidor quanto a necessidade de zelar pela utilização racional dos recursos. A adoção desta técnica contribui para a redução dos níveis de reajustes de preços dos planos.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

Yeda Crusius
DEP. YEDA CRUSIUS





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000160

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

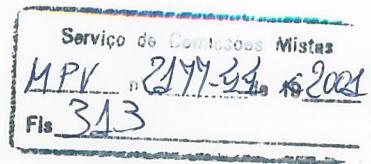
Suprime-se a expressão “valor máximo” do alínea “b” do inciso II do artigo 12

JUSTIFICATIVA

Não se deve retirar a possibilidade de os contratos, conforme convencionados pelas partes, preverem limites em valor para determinadas coberturas. Este tipo de limitação, comum em planos de saúde de outros países, atende ao objetivo de conscientizar o consumidor quanto a necessidade de zelar pela utilização racional dos recursos. A adoção desta técnica contribui para a redução dos níveis de reajustes de preços dos planos.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

Yeda Crusius
DEP. YEDA CRUSIUS



**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao inciso II, parágrafo único, do artigo 13º a seguinte redação:

"Art. 13º.....
Parágrafo único.....
I -
II – a suspensão do contrato, salvo no caso de não-pagamento da mensalidade por período superior a trinta dias consecutivos, desde que comprovada a notificação do consumidor até o décimo quinto dia do período da inadimplência;"

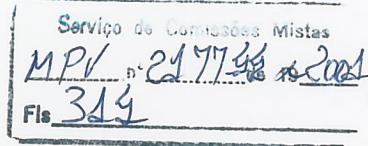
JUSTIFICATIVA

Torna-se necessária a diferenciação entre suspensão da cobertura e rescisão do contrato, tendo em vista que, pela regra em vigor, têm ocorrido abusos por parte daqueles que, proposital e sistematicamente, mantêm seus pagamentos em atraso.

O período de trinta dias e a condição de notificação nos quinze primeiros dias da inadimplência são suficientes para o consumidor de boa fé, que deparou-se com algum problema que o tenha impedido de efetuar o pagamento. Além disto, o simples pagamento da mensalidade em atraso será suficiente para, automaticamente, levantar a suspensão das coberturas, sem qualquer perda de direitos.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000162

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao Artigo 15 a seguinte redação:

"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 técnicos, constantes em nota técnica atuarial, encaminhada à ANS."

JUSTIFICATIVA

Basicamente retorna-se ao texto original da Lei, atribuindo-se a responsabilidade pela fixação de critérios e parâmetros técnicos a atuário devidamente habilitado, que assinará a nota técnica a ser encaminhada à ANS.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000163

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUBSTITUTIVA**

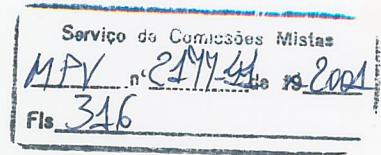
Substitua-se no texto do parágrafo 1º do artigo 20, o termo “requisitar e apreender processos” por “examinar registros contábeis, livros e processos,”

JUSTIFICATIVA

A apreensão de documentos pertencentes à operadora, no regime democrático, só poderá ocorrer por ordem judicial, nos casos previstos em Lei. O texto sugerido está em conformidade com o texto do artigo 9º da Lei 6385 de 7 de dezembro de 1976 referente aos poderes de fiscalização da Comissão de Valores Mobiliários (CVM).

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000164

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

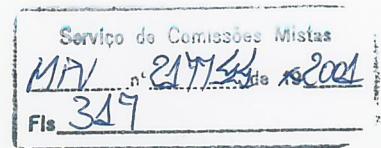
Suprime-se do texto do parágrafo 6º, artigo 24-A, a expressão “*independentemente do nexo de causalidade*”.

JUSTIFICATIVA

Juridicamente, o administrador só responde quando age com culpa ou dolo em infringência a Lei, ao estatuto ou normas internas da empresa

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000165

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

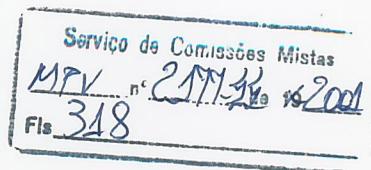
Suprime-se do caput do artigo 25, a expressão “bem como aos dispositivos dos contratos firmados”.

JUSTIFICATIVA

Só é cabível a penalidade administrativa em casos de infração a Lei e de seus regulamentos. O contrato, ainda que regulado por lei, é instrumento de caráter privado, sendo certo que o descumprimento de quaisquer de suas cláusulas gera à parte prejudicada, o direito à indenização pelas perdas e danos sofridos. Ademais, as garantias fundamentais dos contratos estão todas previstas em Lei, que estaria violada na hipótese de que tais garantias não fossem observadas pelas operadoras e seus administradores. Finalmente, cumpre observar que a interpretação dos contratos é prerrogativa do Poder Judiciário.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000166

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao artigo 27 a seguinte redação:

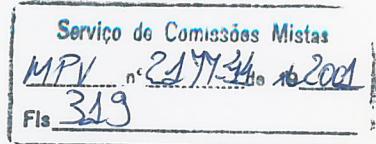
“Art. 27 – A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.”

JUSTIFICATIVA

O valor de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais) é absurdo, caracterizando-se como confisco, e por isso mesmo, inconstitucional, conforme já reiteradamente decidido pelo Supremo Tribunal Federal em casos semelhantes. O valor de R\$50.000,00 (cinqüenta mil reais), considerado razoável, é aquele fixado pelo Congresso Nacional no texto original da Lei.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000167

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao art. 28 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, a seguinte redação:

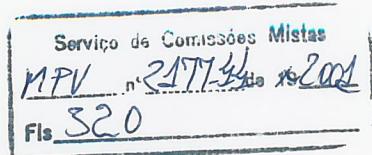
"Art. 28. Das decisões proferidas nos processos administrativos da ANS, caberá recurso ao CONSU, com efeito suspensivo, no prazo de quinze dias, contados a partir do recebimento da notificação ou da intimação."

JUSTIFICATIVA

Havendo um rol de penalidades que podem ser aplicadas pela ANS, sendo algumas delas de extrema gravidade, há que se instituir um mecanismo de recursos para uma outra instância, independente da ANS. Trata-se de assegurar observância ao princípio da ampla defesa, estabelecido na Constituição Federal.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44
000168

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

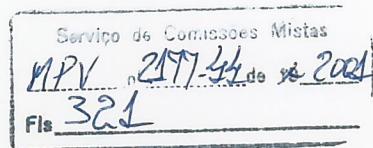
Suprime-se o artigo 29-A e seus parágrafos.

JUSTIFICATIVA

O artigo trata de termo de compromisso a ser celebrado que pretende controlar qualidade dos serviços de assistência à saúde, o que extrapola a competência da Agência havendo ainda a expectativa de no caso de descumprimento do referido termo poder a Seguradora vir a ser penalizada com multa exorbitante que poderá atingir o valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000169

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao inciso II, § 2º do art. 29 a seguinte redação:

“Art. 29.....

§ 2º

I -

II – O valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviços.”

JUSTIFICATIVA

O valor de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais) é absurdo, caracterizando-se como confisco, e por isso mesmo, inconstitucional, conforme já reiteradamente decidido pelo Supremo Tribunal Federal em casos semelhantes. O valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), considerado razoável, é a multa máxima fixada pelo Congresso Nacional no texto original da Lei.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44
000170

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao artigo 30 a seguinte redação:

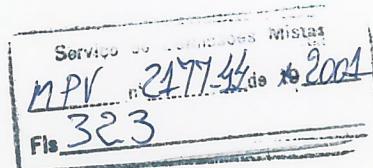
"Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário do plano contratado pela empresa empregadora, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral."

JUSTIFICATIVA

Ao demitido deve ser assegurado o direito de permanecer, no período previsto, na apólice da ex-empregadora, em condições de cobertura idênticas àquelas de que usufruía enquanto empregado. O seu vínculo é com a apólice que integrava e não com a operadora.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado **SANTOS FILHO**





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000171

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA ADITIVA**

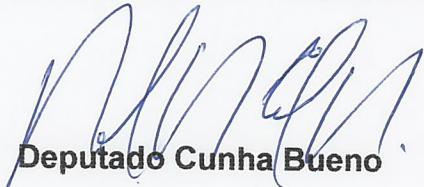
Acrescente-se ao artigo 30 o seguinte parágrafo:

"Art. 30.
§ 7º Os cálculos periódicos para ajustes técnicos atuariais das mensalidades dos planos ou seguros coletivos considerarão todos os beneficiários neles incluídos, sejam eles ativos, exonerados ou aposentados."

JUSTIFICATIVA

Na medida em que este beneficiários tem direito a continuar integrando os planos das empresas onde trabalhavam, é natural que o reflexo de sua permanência seja levado em conta para efeito dos cálculos atuariais pertinentes.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado Cunha Bueno





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000172

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao § 6º do artigo 30 a seguinte redação:

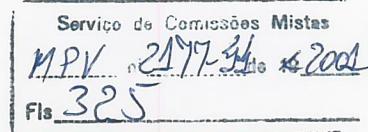
"Art. 30
§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não são considerados como contribuição o prêmio adicional pago pelo consumidor exclusivamente com o objetivo de elevar o padrão do plano ou seguro, bem como a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar."

JUSTIFICATIVA

É prática comum das empresas custear integralmente um plano básico de assistência à saúde para seus empregados, e facultar-lhes a elevação dos padrões do plano por meio de contribuição voluntária específica, não sendo obviamente esta a contribuição a que se refere o caput do artigo 30º. Se tal modalidade de contribuição não for expressamente ressalvada, permanecerá havendo um desestímulo à concessão de tal benefício aos empregados, pelas empresas.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

Deputado SANTOS FILHO





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000173

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

Suprime-se o artigo 32 e seus parágrafos na sua integralidade.

JUSTIFICATIVA

Esta disposição é flagrantemente constitucional. A assistência gratuita à saúde é direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado. O custeio do SUS faz-se por meio exclusivo de tributos, não cabendo a atribuição de quaisquer ônus adicionais ao sistema privado de saúde, e, consequentemente, aos consumidores que dele participam.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

Deputado Cunha Bueno

Serviço de Comissões Mistas
MPV 2177-44 n. 2001
Fis 326



CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44
000174

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA ADITIVA**

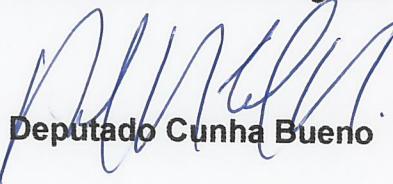
Acrescente-se ao art.35 o seguinte parágrafo:

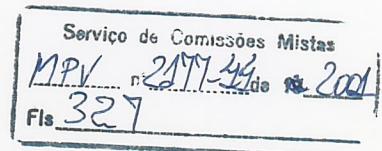
"Art. 35.....
§ 9º - A faculdade assegurada aos consumidores de que trata o caput deste artigo deverá ser exercitada até 31 de dezembro de 2002."

JUSTIFICATIVA

A presente emenda, ao estabelecer um prazo determinado, objetiva uma adequada operacionalização dos planos regidos pelos contratos de que trata o caput do presente artigo, de tal forma que a eventual mutação dos consumidores não comprometa o equilíbrio econômico e financeiro dos planos, resguardando, em consequência, a própria garantia dos segurados.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001


Deputado Cunha Bueno





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000175

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

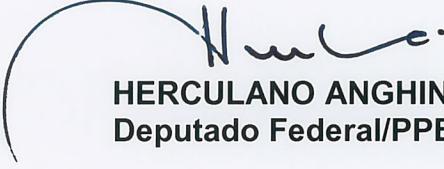
Dê-se ao art. 35-D a seguinte redação:

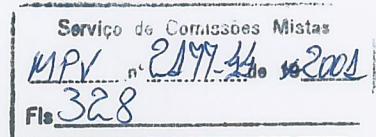
"Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei." (NR)

JUSTIFICATIVA

O valor de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais) é absurdo, caracterizando-se como confisco, e por isso mesmo, constitucional, conforme já reiteradamente decidido pelo Supremo Tribunal Federal em casos semelhantes. O valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), considerado razoável, é a multa máxima fixada pelo Congresso Nacional no texto original da Lei.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001.


HERCULANO ANGHINETTI
Deputado Federal/PPB-MG





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000176

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao §2º do art. 35 a seguinte redação:

“Art. 35.....
§1º.....

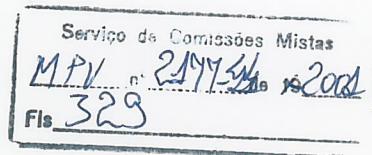
§ 2º. Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar disponível para verificação pela ANS.”

JUSTIFICATIVA

Não faz sentido restringir a composição da base de cálculo aos itens correspondentes ao aumento da cobertura tal como anteriormente previsto. Na verdade, devem ser consideradas todas alterações que possam impactar nos custos, e, conseqüentemente no preço final do produto. Ademais, a atribuição dada à ANS deve concentrar-se na verificação dos cálculos, não lhe sendo dada a prerrogativa de determinar outros valores não propostos pela operadora nem tecnicamente justificados por elas.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

Deputado Cunha Bueno





CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000177

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA SUPRESSIVA**

Suprime-se a alínea "e" do inciso IV do artigo 35-A.

JUSTIFICATIVA

A criação de fundos desta natureza deve ser objeto de lei específica, tendo em vista os aspectos de natureza fiscal e tributária envolvidos.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001

Deputado Cunha Bueno

Serviço de Comissões Mistas
MPV 24.09.2001
Fls 330



CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000178

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dê-se ao inciso IV do artigo 35-E a seguinte redação:

“Art. 35-E.....
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 ou a critério de junta médica, em caso de discordância, por parte da operadora, quanto à opinião do médico assistente. A junta médica será constituída por 3 médicos especialistas, dos quais, o primeiro será indicado pela operadora, o segundo pelo médico assistente e o terceiro por ambos, de comum acordo.”

JUSTIFICATIVA

É prática recomendável na medicina, que as controvérsias de natureza médica sejam dirimidas por junta médica especialmente designada para tal fim. Internações que se mostrem desnecessárias, implicam em elevação dos custos para todos os consumidores participantes do plano de assistência à saúde.

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001.


HERCULANO ANGHINETTI
Deputado Federal/PPB-MG

Serviço de Comissões Mistas

MPV 2177-44 de 2001
Fls 334



CÂMARA DOS DEPUTADOS

MP 2.177-44

000179

**MEDIDA PROVISÓRIA N° 2177-44 DE 24.08.2001
EMENDA MODIFICATIVA**

Dé-se ao parágrafo 2º do artigo 35-E a seguinte redação:

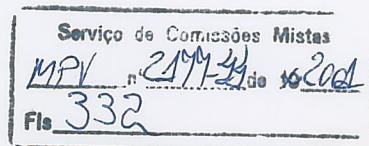
"Art. 35-E
§ 1º.....
§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação do reajuste financeiro das contraprestações pecuniárias deverá estar previsto em cláusula contratual e fundamentar-se em cálculos atuariais, cuja demonstração será encaminhada à ANS juntamente com parecer de empresa de auditoria atuarial, devidamente habilitada."

JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal somente admite o controle prévio de preços em situações temporárias, de anomalia do mercado. A assistência à saúde é livre às operadoras privadas, nos termos da Constituição Federal, não podendo o Estado imiscuir-se na fixação de preços cuja formação se dá em regime de livre concorrência em mercado, no qual participam mais de 2.000 operadoras especializadas. Considerando, porém, o interesse público de que se reveste o assunto, exige-se das operadoras a previsão contratual do reajuste e a auditoria dos cálculos atuariais efetuados em cada período. A aplicação deste reajuste deve ser fiscalizada pela ANS, à qual incumbe também verificar os cálculos apresentados."

Sala da Comissão, em 30 de agosto de 2001.


HERCULANO ANGHINETTI
Deputado Federal/ PPB-MG



Faça-se a substituição
solicitada

Em 30 / 8 /2001



CÂMARA DOS DEPUTADOS

OF/GAB/I/Nº 567

Brasília, 29 de agosto de 2001

Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que o Deputado **ROLAND LAVIGNE** passa a integrar, na qualidade de **TITULAR**, a Comissão Mista destinada a apreciar e proferir parecer à Medida Provisória nº **2.177-44**, de 27 de agosto de 2001, em substituição ao Deputado **LAMARTINE POSELLA**.

Por oportuno, renovo a Vossa Excelência protestos de estima e elevada consideração.

Deputado **GEDDEL VIEIRA LIMA**

Líder do **PMDB**

A Sua Excelência o Senhor
Senador **EDISON LOBÃO**
DD. Presidente em Exercício do Senado Federal



MENS / 561 / 2001 - CN

PR - COORDENAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO
Publicado na Seção 1
Diário Oficial de
Cópia Autenticada 27 AGO 2001

MEDIDA PROVISÓRIA N^º 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

Altera a Lei n^º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1^º A Lei n^º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com as seguintes alterações:

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

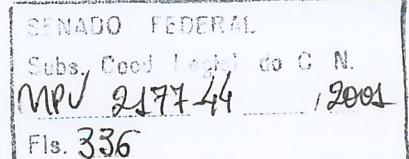
I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

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

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e



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

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

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

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

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

.....

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º.

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

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS.” (NR)

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

- I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e
- II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.

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

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

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

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial." (NR)

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

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

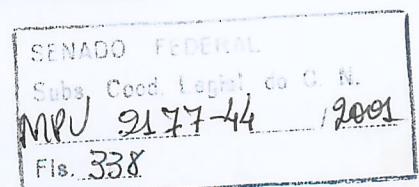
.....
§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

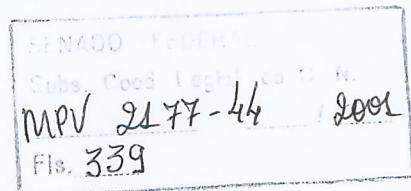
§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

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

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

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





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

“Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I -

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

II -

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

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

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

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

III -

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

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 produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos

serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

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

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido.” (NR)

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o **caput**, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

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

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

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

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos.” (NR)

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

.....
 V - as condições de perda da qualidade de beneficiário;

CARTÃO FEDERAL	
Sub. Prod. Legal, do C. N.	
MPL 2187-44	1/2001
Fls. 340	

VII - o regime, ou tipo de contratação:

- a) individual ou familiar;
- b) coletivo empresarial; ou
- c) coletivo por adesão;

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

X - a área geográfica de abrangência;

XII - número de registro na ANS.

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.” (NR)

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

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

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

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

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

SENADO FEDERAL
Sessão Ordinária do C. N.
MPV 2177-44 / 2001
Fls. 341

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

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

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos:

.....

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

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

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

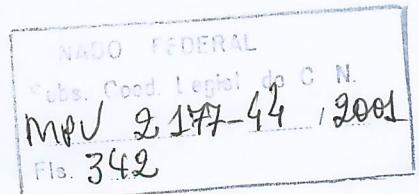
§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o **caput**, a partir de 2 de janeiro de 1999.

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

- I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;
- II - nome fantasia;
- III - CNPJ;
- IV - endereço;
- V - telefone, fax e e-mail; e
- VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.

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

- I - razão social da operadora ou da administradora;
- II - CNPJ da operadora ou da administradora;
- III - nome do produto;



IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obtetrícia, odontológica e 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 ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência);

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.

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

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

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

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

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

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

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

“Art. 21.

.....	SINADO FEDERAL
.....	Sub. Cons. Legal do C. N.
.....	MPOV 2177-44 /2001
.....	Fls. 343

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

“Art. 22.

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

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

“Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial.

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou

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

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.

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

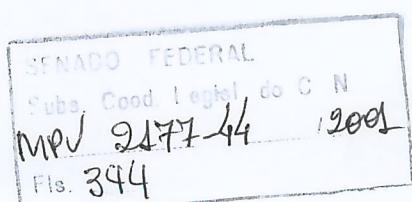
§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e

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



§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente.” (NR)

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

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.

§ 2º A ANS, **ex officio** ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.

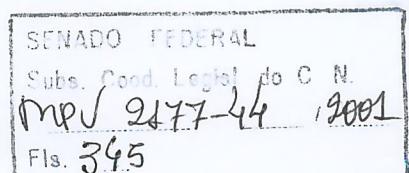
§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis.

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

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.” (NR)

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

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



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

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

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

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

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

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

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.” (NR)

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

“Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.” (NR)

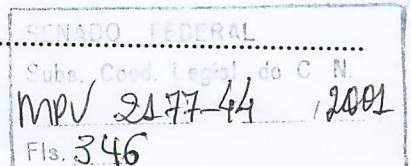
“Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei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

“Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

.....

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

.....



VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.” (NR)

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

“Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.” (NR)

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

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

- I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
- II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.

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

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

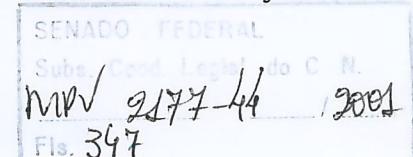
II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço.

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

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

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

§ 6º Suspender-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.



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

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

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

“Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.

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

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

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

“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

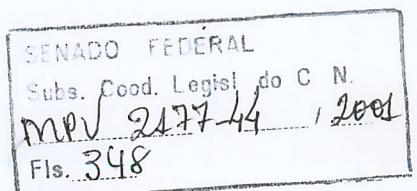
§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

.....

§ 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 considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.” (NR)

“Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.



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

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.” (NR)

“Art. 32. Serão resarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem resarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.” (NR)

“Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.” (NR)

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

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

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado.

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original.

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora.

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

§ 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas.

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adatação dos contratos de que trata este artigo.” (NR)

“Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para:

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;



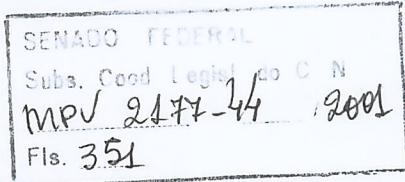
- b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;
- c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;
- d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;
- e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.” (NR)

“Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado:

- I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;
- II - da Saúde;
- III - da Fazenda;
- IV - da Justiça; e
- V - do Planejamento, Orçamento e Gestão.



§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, **ad referendum** dos demais membros.

§ 2º Quando deliberar **ad referendum** do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.” (NR)

“Art. 35-C. 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, caracterizada em declaração do médico assistente; e

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

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.” (NR)

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

“Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

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

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

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

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

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:

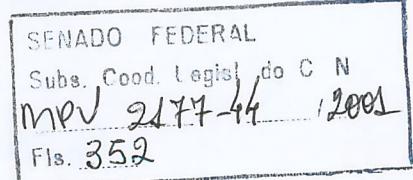
I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que,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

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.



§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS.

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.” (NR)

“Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.” (NR)

“Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.” (NR)

“Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.” (NR)

“Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.” (NR)

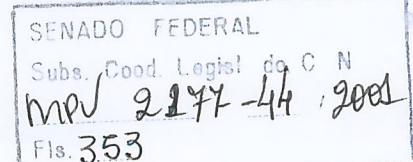
“Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.” (NR)

“Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.” (NR)

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

Art. 2º Os arts. 3º, 5º, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho 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. 3º 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. 4º A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 4º

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

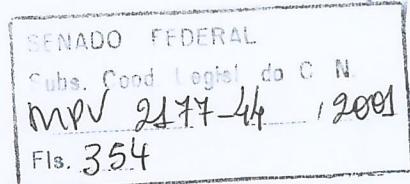
XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.

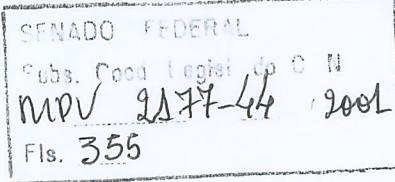
XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;



XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.



20.

....." (NR)

"Art. 10.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.

....." (NR)

Art. 13.

IV -

- p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
- q) Associação Médica Brasileira;

V -

- a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
- b) das empresas de medicina de grupo;
- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- d) das empresas de odontologia de grupo;
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

.....
§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar." (NR)

"Art. 20.

.....
§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade

ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos.” (NR)

“Art. 21.

.....

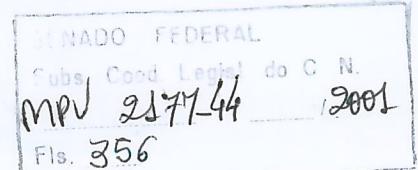
§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei.” (NR)

“Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, resarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso.” (NR)



Art. 5º O § 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, e no art. 4º da Lei nº 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades especializadas.” (NR)

Art. 6º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.177-43, de 27 de julho de 2001.

Art. 7º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Ficam revogados os arts. 2º a 7º, o inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e o § 3º do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

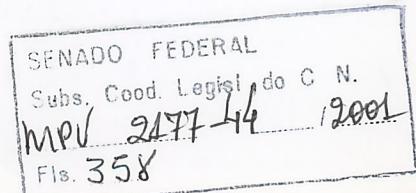
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Mensagem nº 907

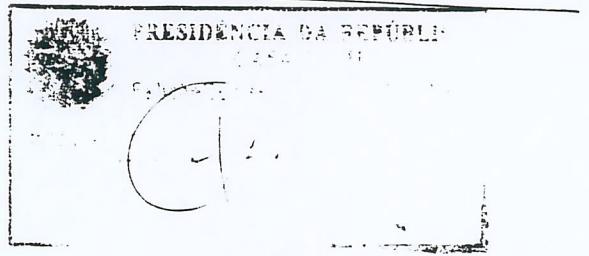
Senhores Membros do Congresso Nacional,

Nos termos do artigo 62 da Constituição Federal, submeto à elevada deliberação de Vossas Excelências o texto da Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que “Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências”.

Brasília, 24 de agosto de 2001.



Assinadas somente pela Rainha



EM Interministerial nº 00074/GM/MS

Brasília, 22 de agosto de 2001.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

Temos a honra de submeter à elevada consideração de Vossa Excelência proposta de modificação à Medida Provisória n.º 2.177-43, de 27 de julho de 2001, a ser reeditada, a fim de suprimir ou alterar redação de dispositivos, retornado, nestes casos, à redação da Medida Provisória nº 2.177-42, de 28 de junho de 2001.

2. A redação introduzida na referida edição desta Medida Provisória suscitou dúvidas e temores aos usuários de planos privados de assistência à saúde, sobretudo em decorrência de forte campanha de desinformação.

3. A redação em vigor é claramente favorável aos usuários de planos privados de assistência à saúde, e tem como propósito promover, simultaneamente, um maior equilíbrio entre os agentes do setor de saúde suplementar: usuários, operadoras e prestadores de serviço.

4. Ante o exposto, propomos a supressão dos dispositivos para que se realize um maior debate com a sociedade, os agentes do setor e o Congresso Nacional.

5. Impõe-se considerar, por derradeiro, que as questões vertentes são de grande relevância, razão pela qual se justifica a iminente necessidade da alteração da legislação em vigor, haja vista o dano que as dúvidas porventura existentes poderiam ocasionar aos usuários de planos privados de assistência à saúde e, em última análise, à sociedade em geral.

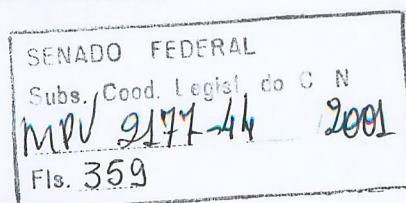
Respeitosamente,

PEDRO PARENTE
Ministro de Estado-Chefe da Casa Civil da
Presidência da República

PEDRO MALAN
Ministro de Estado da Fazenda

JOSÉ GREGORI
Ministro de Estado da Justiça

JOSÉ SERRA
Ministro de Estado da Saúde



LEGISLAÇÃO CITADA

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

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

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

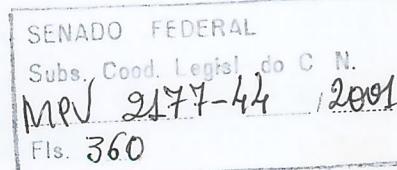
Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

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:

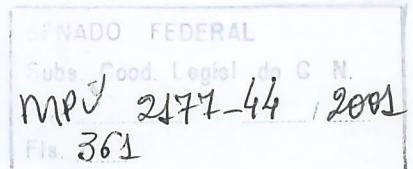
- I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;
- II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal;
- III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal;
- IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;
- V - Presidente 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;

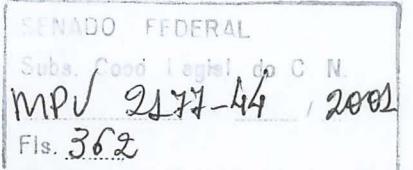
X - um representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;

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.

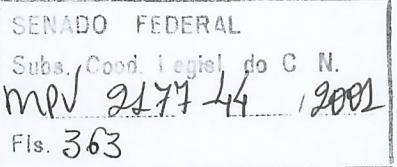
Parágrafo único. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas:

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 auto gestão, 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 Doença 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.

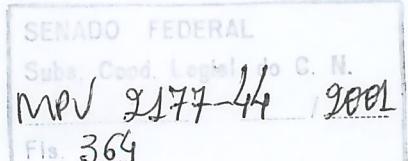
§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 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 seguro 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.

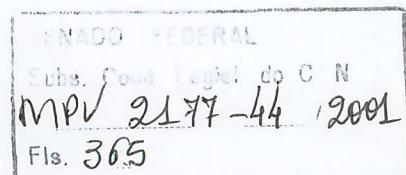
§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:

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 único 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;

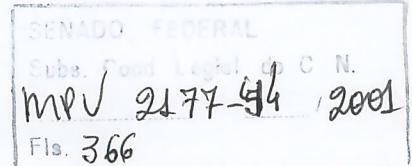
VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

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.

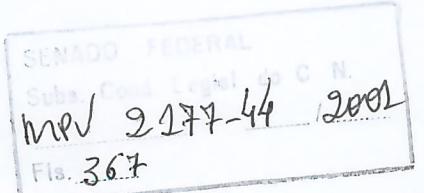
Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.

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:

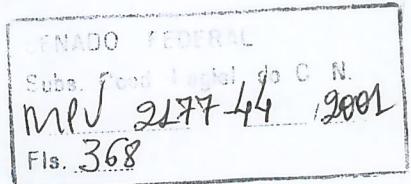
I - advertência;

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, corretores 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.

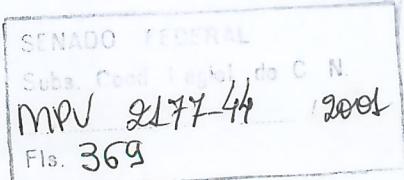
§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

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 pelas 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.

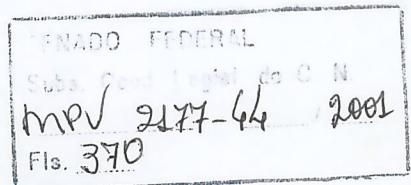
§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art. 19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.

§ 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.

LEI N° 9.932, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.

Dispõe sobre a transferência de atribuições da
IRB-Brasil Resseguros S.A. – IRB-BRASIL Re
para a Superintendência de Seguros Privados
– SUSEP, e dá outras providências.



LEI N° 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001.

Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências

.....
Art. 1º As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

§ 1º As sociedades seguradoras que já operam o seguro de que trata o caput deste artigo, conjuntamente com outros ramos de seguro, deverão providenciar a sua especialização até 1º de julho de 2001, a ser processada junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente.

§ 2º As sociedades seguradoras especializadas, nos termos deste artigo, ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde - ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei nº 9.656, de 1998, e na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Complementar - CÓNSU, nos termos da Lei nº 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei nº 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei nº 9.656, de 1998, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas.

§ 4º Enquanto as sociedades seguradoras não promoverem a sua especialização em saúde, nos termos deste artigo, ficarão sujeitas à fiscalização da SUSEP e da ANS, no âmbito de suas respectivas competências.

§ 5º As sociedades seguradoras especializadas em seguro saúde, nos termos deste artigo, continuarão subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN.

.....

LEI N° 6.024, DE 13 DE MARÇO DE 1974

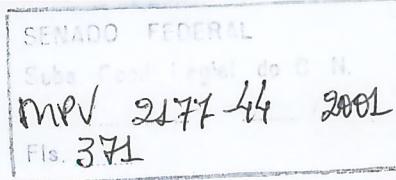
Dispõe sobre a intervenção e a liquidação extrajudicial de instituições financeiras, e dá outras providências

.....
Art. 37. Os abrangidos pela indisponibilidade de bens de que trata o artigo anterior, não poderão ausentar-se do foro, da intervenção, da liquidação extrajudicial ou da falência, sem prévia e expressa autorização do Banco Central do Brasil ou do juiz da falência.

Art. 38. Decretada a intervenção, a liquidação extrajudicial ou a falência, o interventor, o liquidante ou o escrivão da falência comunicará ao registro público competente e às Bolsas de Valores a indisponibilidade de bens imposta no artigo 36.

Parágrafo único. Recebida a comunicação, a autoridade competente ficará relativamente a esses bens impedida de:

- a) fazer transcrições, inscrições ou averbações de documentos públicos ou particulares;
 - b) arquivar atos ou contratos que importem em transferência de cotas sociais, ações ou partes beneficiárias;
 - c) realizar ou registrar operações e títulos de qualquer natureza;
 - d) processar a transferência de propriedade de veículos automotores.
-



LEI N° 8.884, DE 11 DE JUNHO DE 1994.

Transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) em Autarquia, dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências.

DECRETO-LEI N° 7.661, DE 21 DE JUNHO DE 1945.

Lei de Falências

Art. 186. Será punido o devedor com detenção, de seis meses a três anos, quando concorrer com a falência algum dos seguintes fatos:

- I - gastos pessoais, ou de família, manifestamente excessivos em relação ao seu cabedal;
 - II - despesas gerais do negócio ou da empréssia injustificáveis, por sua natureza ou vulto, em relação ao capital, ao gênero do negócio, ao movimento das operações e a outras circunstâncias análogas;
 - III - emprégo de meios ruinosos para obter recursos e retardar a declaração da falência, como vendas, nos seis meses a ela anteriores, por menos do preço corrente, ou a sucessiva reforma de títulos de crédito;
 - IV - abuso de responsabilidade de mero favor;
 - V - prejuízos vultosos em operações arriscadas, inclusive jogos de Bôlisa;
 - VI - inexistência dos livros obrigatórios ou sua escrituração atrasada, lacunosa, defeituosa ou confusa;
 - VII - falta de apresentação do balanço, dentro de sessenta dias após à data fixada para o seu encerramento, à rubrica do juiz sob cuja jurisdição estiver o seu estabelecimento principal.
- Parágrafo único. Fica isento da pena nos casos dos ns. VI e VII dêste artigo, o devedor que, a critério do juiz da falência, tiver instrução insuficiente e explorar comércio exíguo.

Art. 187. Será punido com reclusão por um a quatro anos, o devedor que, com o fim de criar ou assegurar injusta vantagem para si ou para outrem, praticar, antes ou depois da falência, algum ato fraudulento de que resulte ou possa resultar prejuízo aos credores.

Art. 188. Será punido o devedor com a mesma pena do artigo antecedente, quando com a falência concorrer algum dos seguintes fatos:

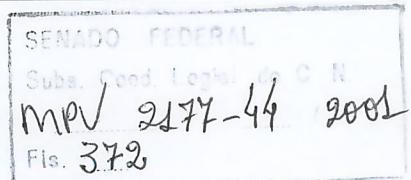
- I - simulação de capital para obtenção de maior crédito;
- II - pagamento antecipado de uns credores em prejuízo de outros;
- III - desvio de bens, inclusive pela compra em nome de terceira pessoa, ainda que cônjuge ou parente;
- IV - simulação de despesas, de dívidas ativas ou passivas e de perdas;
- V - perdas avultadas em operações de puro acaso, como jogos de qualquer espécie;
- VI - falsificação material, no todo ou em parte, da escrituração obrigatória ou não, ou alteração da escrituração verdadeira;
- VII - omissão, na escrituração obrigatória ou não, de lançamento que dela devia constar, ou lançamento falso ou diverso do que nela devia ser feito;
- VIII - destruição, inutilização ou supressão, total ou parcial, dos livros obrigatórios;
- IX - ser o falido leiloeiro ou corretor.

Art. 189. Será punido com reclusão de um a três anos:

- I - qualquer pessoa, inclusive o falido, que ocultar ou desviar bens da massa;
- II - quem quer que, por si ou interposta pessoa, ou por procurador, apresentar, na falência ou na concordata preventiva, declarações ou reclamações falsas, ou juntar a elas títulos falsos ou simulados;
- III - o devedor que reconhecer como verdadeiros créditos falsos ou simulados;
- IV - o síndico que der informações, pareceres ou extratos dos livres do falido inexatos ou falsos, ou que apresentar exposição ou relatórios contrários à verdade.

DECRETO-LEI N° 41, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1966

Dispõe sobre a dissolução de sociedades civis de fins assistenciais.



LEI N° 4.594, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1964.

Regula a profissão de corretor de seguros

.....
Art . 19. Nos casos de aceitação de propostas pela forma a que se refere a alínea "b" do artigo anterior, a importância habitualmente cobrada a título de comissão, calculada de acordo com a tarifa respectiva, reverterá para a criação de escolas profissionais (VETADO) e criação de um "Fundo de Prevenção contra incêndios".

§ 1º As empresas de seguros escriturarão essa importância em livro devidamente autenticado pelo Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização.

§ 2º A criação e funcionamento dessas instituições ficarão a cargo do Instituto de Resseguros do Brasil, que arrecadará essas importâncias diretamente das entidades seguradoras.

.....

LEI N. 6.435 - DE 15 DE JULHO DE 1977

Dispõe sobre as entidades de previdência privada, e dá outras providências.

DECRETO-LEI N° 73, DE 21 DE NOVEMBRO DE 1966

Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências.

LEI N° 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990

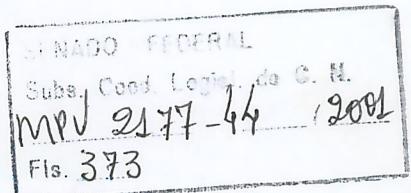
Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

LEI N° 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

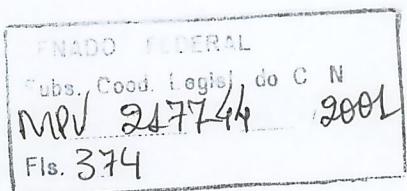
Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

.....
Art. 4º Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;



- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- 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 - estabelecer normas para resarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência, sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;



XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - 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 privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

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

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização de funcionamento;

XXXV - promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

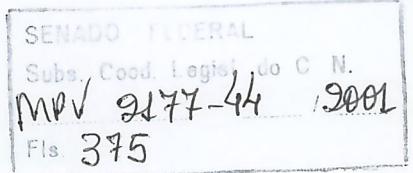
XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de cinco mil Ufir, podendo ser aumentada em até vinte vezes se necessário para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º O Presidente da República poderá determinar que os reajustes e as revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de que trata o inciso XVII, sejam autorizados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Fazenda e da Saúde.



Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

- I - exercer a administração da ANS;
- II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
- III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;
- IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;
- VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores da Agência caberá recurso à Diretoria Colegiada.

§ 3º O recurso a que se refere o § 2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

.....

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

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

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça;

e) da Saúde;

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) Conselho Federal de Enfermagem;

g) Federação Brasileira de Hospitais;

h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;

j) Confederação Nacional da Indústria;

l) Confederação Nacional do Comércio;

m) Central Única dos Trabalhadores;

n) Força Sindical;

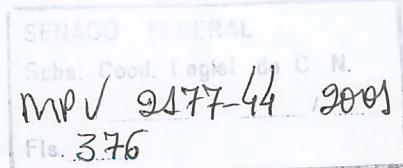
o) Social Democracia Sindical;

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

a) de defesa do consumidor;

b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;

c) do segmento de auto-gestão de assistência à saúde;



- d) das empresas de medicina de grupo;
- e) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- f) das empresas de odontologia de grupo;
- g) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
- h) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante e respectivo suplente na Câmara de Saúde Suplementar.

.....
Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;
II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

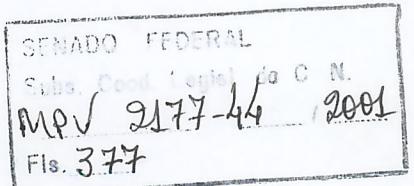
§ 3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam consequências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

Art 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;
II - multa de mora de 10% (dez por cento).



Parágrafo único. Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

.....
Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

.....
Art 33. A ANS poderá designar servidor ou empregado da Administração Pública Federal, direta ou indireta, para exercer o encargo de diretor fiscal, diretor técnico ou liquidante de operadora de plano de assistência à saúde com remuneração equivalente à do cargo em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, de nível 5.

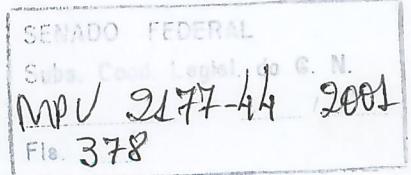
ANEXO III

ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados – Produto	500,00
Alteração de Dados – Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00

MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.177-43, DE 27 DE JULHO DE 2001.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Aviso nº 995 - C. Civil.

Brasília, 24 de agosto de 2001.

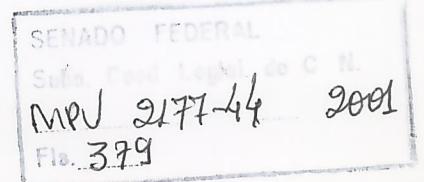
Senhor Primeiro Secretário,

Encaminho a essa Secretaria Mensagem na qual o Excelentíssimo Senhor Presidente da República, submete à deliberação do Congresso Nacional o texto da Medida Provisória nº 2.177-44 , de 24 de agosto de 2001.



PEDRO PARENTE
Chefe da Casa Civil
da Presidência da República

A Sua Excelência o Senhor
Senador CARLOS WILSON
Primeiro Secretário do Senado Federal
BRASÍLIA-DF.





CÂMARA DOS DEPUTADOS

LIDERANÇA DO PPB

Façam-se as substituições
solicitadas

Em 3 / 10 /2001

Odeleto

Ofício nº 427/01

Brasília, 12 de setembro de 2001.

Senhor Presidente,

Tenho a honra de indicar a Vossa Excelência, pelo Partido Progressista Brasileiro - PPB, o Deputado **José Linhares**, como suplente, em substituição ao Deputado **Herculano Anghinetti**, anteriormente indicado, para integrar a Comissão Especial destinada a apreciar **Medida Provisória nº 2.177-44**, de 24 de junho de 1998, que "dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências".

Atenciosamente,

lll
Deputado **Odeleto Leão**

Líder do PPB

Excelentíssimo Senhor
Deputado **Efraim Moraes**
DD. Presidente em Exercício do Congresso Nacional
Nesta

SENADO FEDERAL
Subs. Coord. Legislativa do C. N.
MPU 2177-44, 2001
Fls. 380



CÂMARA DOS DEPUTADOS
GABINETE DA LIDERANÇA DO BLOCO PARLAMENTAR PFL/PST

Faça-se a substituição
solicitada

Em 17 / 10 /2001

Ofício nº 1441-L-PFL/2001

Brasília, 16 de outubro de 2001

Senhor Presidente,

Indico a Vossa Excelência o Deputado **URSICINO QUEIROZ** para, como membro **suplente**, fazer parte da Comissão Mista destinada a emitir parecer à Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que "Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências", em substituição ao Deputado Santos Filho.

Atenciosamente,

Deputado **INOCÊNCIO OLIVEIRA**
Líder do Bloco Parlamentar PFL/PST

Excelentíssimo Senhor
Senador **RAMEZ TEBET**
Presidente do Congresso Nacional
NESTA



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO LÍDER DO PSDB

OF. PSDB/I/Nº 942/2001

Façam-se as substituições
solicitadas

Em 24/10/2001

Jutahy Júnior

Brasília, 24 de outubro de 2001

Senhor Presidente,

Tenho o prazer de indicar a Vossa Excelência os Deputados **OSMÂNIO PEREIRA** e **EDUARDO BARBOSA**, como membros titulares, e os Deputados **LÍDIA QUINAN** e **RAIMUNDO GOMES DE MATOS**, como membros suplentes, da Comissão Mista Especial destinada a analisar a Medida Provisória nº 2.177-44/01, que "altera dispositivos da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências", em substituição aos anteriormente indicados.

Atenciosamente,

Jutahy Júnior
Deputado **JUTAHY JUNIOR**
Líder do PSDB

A Sua Excelência o Senhor
Senador **RAMEZ TEBET**
Presidente do Congresso Nacional

Serviço de Comissões Mistas	
nº	de 19
Fls 382	



SENADO FEDERAL
GABINETE DO LÍDER DO PMDB

OF. GLPMDB N.º 223/2001

Brasília, 30 de outubro de 2001

Façam-se as substituições
solicitadas

Em 31 / 10 /2001

Senhor Presidente,

Nos termos regimentais, comunico a Vossa Excelência a indicação dos Membros do PMDB, em substituição aos anteriormente indicados, que integrarão a Comissão Mista incumbida de examinar e emitir parecer à Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, que “Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências”, ficando a mesma assim constituída:

TITULARES

Senador Juvêncio da Fonseca
Senador Sergio Machado

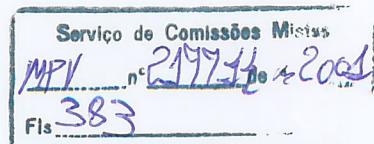
SUPLENTES

Senador Gerson Camata
Senador Iris Rezende

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência votos de apreço e consideração.

Senador Renan Calheiros
Líder do PMDB

Excelentíssimo Senhor
Senador RAMEZ TEBET
D.D. Presidente do Congresso Nacional
Nesta



*Façam-se as substituições
solicitadas*

Em 5 / 11 /2001



SENADO FEDERAL
GABINETE DA LIDERANÇA DO PSDB

Sr. Presidente do Congresso Nacional

INDICO, EM SUBSTITUIÇÃO À DESIGNAÇÃO DESTA PRESIDÊNCIA, OS SENADORES DO PSDB QUE COMPORÃO A COMISSÃO ESPECIAL MISTA DESTINADA A APRECIAR A SEGUINTE MEDIDA PROVISÓRIA:

MP Nº: 2177-44

PUBLICAÇÃO DOU: 27/08/01

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

TITULAR: PEDRO PIVA

SUPLENTE: RICARDO SANTOS

Brasília, / /

Senador **GERALDO MELO**
Líder do PSDB

Serviço de Comissões Mistas	
MPV	nº 2177-44 de 2001
Fls. 384	



SENADO FEDERAL
LIDERANÇA DO PT

OK

Ofício nº 100/2001 – GLDPT

Brasília, 7 de novembro de 2001.

*Faça-se a substituição
solicitada*
Em *7/11/2001*
José Eduardo Dutra

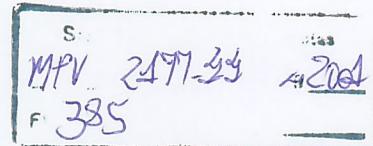
Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que estou indicando o Senador Sébastião Rocha para compor, na qualidade de titular, a Comissão Mista destinada a analisar a Medida Provisória nº 2.177, de 2001, em substituição à Senadora Heloísa Helena.

Atenciosamente.

José Eduardo Dutra
Senador José Eduardo Dutra
Líder do Bloco Parlamentar de Oposição

Exmº Sr.
Senador Ramez Tebet
Presidente do Senado Federal





Faça-se a substituição
solicitada

Em 01/11/2001

Alecrim

CÂMARA DOS DEPUTADOS

OF/GAB/I/Nº 838

Brasília, 06 de novembro de 2001

OK

Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que a Deputada **TETÉ BEZERRA** passa a participar, na qualidade de **SUPLENTE**, da Comissão Mista destinada a apreciar e proferir parecer à Medida Provisória nº 2177-44/2001, em vaga decorrente do afastamento do Deputado **JORGE COSTA**.

Por oportuno, renovo a Vossa Excelência protestos de estima e elevada consideração.

eddel
Deputado **GEDDEL VIEIRA LIMA**

Líder do **PMDB**

A Sua Excelência o Senhor
Senador **RAMEZ TEBET**
Presidente do Senado Federal

Serviço de Comissões Mistas
MPV nº 2177-44 de 09/2001
Fls 386

SENADO FEDERAL
Subs. Coord. Legisl. do C. N.
Fls.



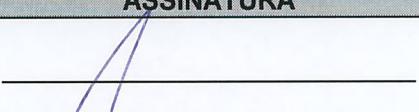
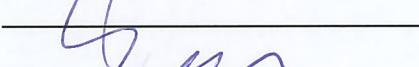
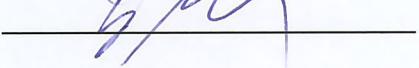
CONGRESSO NACIONAL
SUBSECRETARIA DE COMISSÕES
SERVIÇO DE APOIO ÀS COMISSÕES MISTAS

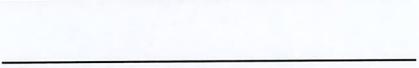
Comissão Mista destinada a examinar e emitir parecer sobre a **MEDIDA PROVISÓRIA nº 2.177-44**, adotada em 24 de agosto de 2001 e publicada no dia 27 do mesmo mês e ano, que “Altera a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências”.

PAUTA: Instalação da Comissão.

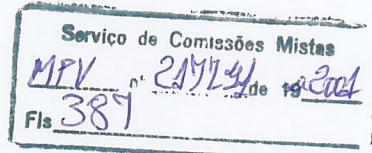
LISTA DE PRESENÇA

1ª reunião, realizada em 07/11/2001, às 14h30min, na sala 02, Ala Senador Nilo Coelho, Senado Federal.

SENADORES TITULARES		
NOME	PARTIDO	ASSINATURA
Lindberg Cury	PFL	
José Agripino	PFL	
Juvêncio da Fonseca	PMDB	
Sérgio Machado	PMDB	
Pedro Piva	PSDB	
Heloísa Helena	BL OPOSIÇÃO(PT/PDT/PPS)	
Vago	PPB	
Paulo Hartung (PSB)	PPS	

SENADORES SUPLENTES		
NOME	PARTIDO	ASSINATURA
Jonas Pinheiro	PFL	
Bello Parga	PFL	
Gerson Camata	PMDB	
Iris Rezende	PMDB	
Ricardo Santos	PSDB	
Jefferson Peres- PDT	BL OPOSIÇÃO(PT/PDT/PPS)	
Leomar Quintanilha(PFL)	PPB	
Roberto Freire	PPS	

Secretaria: Maria Consuêlo de Castro Souza
Telefone: 311-3504





CONGRESSO NACIONAL
SUBSECRETARIA DE COMISSÕES
SERVIÇO DE APOIO ÀS COMISSÕES MISTAS

Comissão Mista destinada a examinar e emitir parecer sobre a **MEDIDA PROVISÓRIA nº 2.177-44**, adotada em 24 de agosto de 2001 e publicada no dia 27 do mesmo mês e ano, que “Altera a lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências”.

PAUTA: Instalação da Comissão.

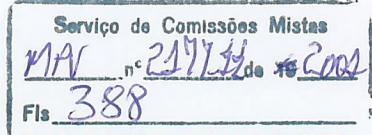
LISTA DE PRESENÇA

1ª reunião, realizada em 07/11/2001, às 14h30min, na sala 02, Ala Senador Nilo Coelho, Senado Federal.

DEPUTADOS TITULARES		
NOME	PARTIDO	ASSINATURA
Osmânio Pereira	PSDB/PTB	
Eduardo Barbosa	PSDB/PTB	
Pinheiro Landim	PMDB/PST/PTN	
Roland Lavigne	PMDB/PST/PTN	
Luiz Moreira	PFL	<i>L. Moreira</i>
Professor Luizinho	PT	
Cunha Bueno	PPB	
Sérgio Miranda	Bloco (PSB/PC do B)	

DEPUTADOS SUPLENTES		
NOME	PARTIDO	ASSINATURA
Lídia Quinan	PSDB/PTB	
Raimundo Gomes de Matos	PSDB/PTB	
Saraiva Felipe	PMDB/PST/PTN	
Jorge Costa	PMDB/PST/PTN	<i>J. Costa</i>
Ursicino Queiroz	PFL	
João Paulo	PT	
José Linhares	PPB	<i>J. Linhares</i>
Alexandre Cardoso	Bloco (PSB/PC do B)	

Secretaria: Maria Consuelo de Castro Souza
Telefone: 311-3504



Façam-se as substituições
solicitadas

Em 15/3 /2002



SENADO FEDERAL
GABINETE DA LIDERANÇA DO BLOCO PSDB/PPB

Edu S

Sr. Presidente do Congresso Nacional

INDICO, EM SUBSTITUIÇÃO À DESIGNAÇÃO DESTA PRESIDÊNCIA, OS SENADORES DO BLOCO PSDB/PPB QUE COMPORÃO A COMISSÃO ESPECIAL MISTA DESTINADA A APRECIAR A SEGUINTE MEDIDA PROVISÓRIA:

MP N°: 2177-44

PUBLICAÇÃO DOU: 27/08/01

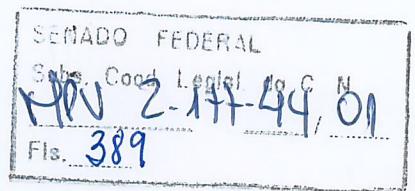
ASSUNTO: Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

TITULAR: FREITAS NETO

SUPLENTE: RICARDO SANTOS

Brasília, / /

Senador **GERALDO MELO**
Líder do Bloco PSDB/PPB



Em 26 / 03 /2003



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete do Líder do PPB

E. D.

Ofício nº 135/03

Brasília, 20 de março de 2003.

Senhor Presidente,

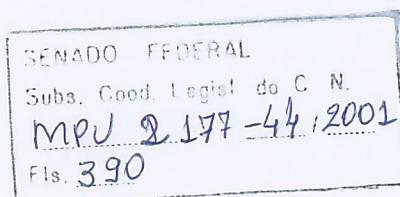
Tenho a honra de indicar a Vossa Excelência, pelo Partido Progressista Brasileiro - PPB, o Deputado **Antônio Joaquim**, como titular, e o Deputado **José Linhares**, como suplente, em substituição aos anteriormente indicados, para integrarem a Comissão Especial destinada a apreciar a **Medida Provisória nº 2177-44**, de 24 de agosto de 2001, que “Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

Cordialmente,

Pedro Henr
Deputado Pedro Henr

Líder

Excelentíssimo Senhor
Senador José Sarney
DD. Presidente do Congresso Nacional
Nesta



\serv_idppb_01\publico\Ofícios\2003\OE_nº 135 - MP 2177-44.doc



OF. GLPMDB nº 144/2003

Brasília, 29 de abril de 2003

A publicação.

Em 30/04/2003

Senhor Presidente,

Nos termos regimentais, comunico a Vossa Excelência a indicação dos Senadores Sérgio Cabral e José Maranhão, respectivamente, titular e suplente, na Comissão Mista incumbida de examinar e emitir parecer à Medida Provisória nº 2177-44, de 24/8/01.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência votos de apreço e consideração.

Senador Renan Calheiros
Líder do PMDB

Exmo. Sr.
Senador JOSÉ SARNEY
DD. Presidente do Congresso Nacional
Nesta



CÂMARA DOS DEPUTADOS

GABINETE DO LÍDER DO PSDB

OF. PSDB/Nº 674 /2003

Brasília, 07 de maio de 2003

À publicação.

Em 07/05/2003

Senhor Presidente,

Venho solicitar a Vossa Excelência determinar o desligamento do Deputado **OSMÂNIO PEREIRA**, como membro titular da MP nº 2.177-44/01.

Atenciosamente,

Deputado **JUTAHY JUNIOR**
Líder do PSDB

A Sua Excelência o Senhor
Senador **JOSÉ SARNEY**
Presidente do Congresso Nacional

SENADO FEDERAL
Subs. Cood. Legislativa N
MPV 2.177-44/2003
Fls. 392

SF - 30-6-2000
9 horas

O Senhor Presidente da República adotou, em 24 de agosto de 2001 e publicou no dia 27 do mesmo mês e ano, a Medida Provisória nº 2.177-44, que “Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências”.

De acordo com as indicações das lideranças, e nos termos dos §§ 4º e 5º do art. 2º da Resolução nº 1/89-CN, e da Resolução nº 2/2000-CN, fica assim constituída a Comissão Mista incumbida de emitir parecer sobre a matéria:

Senadores

Titulares

PMDB

****Sérgio Cabral

VAGO

PFL

***Lindberg Cury

José Agripino

PSDB

**Freitas Neto

Bloco Oposição (PT/PDT/PPS)

*Sebastião Rocha

PPB

Ernandes Amorim

PPS

Paulo Hartung

Suplentes

1.****José Maranhão

2.**Amir Lando**

1.***Jonas Pinheiro

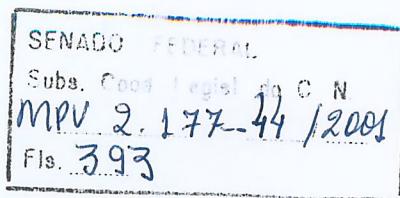
2.Bello Parga

1.*Ricardo Santos

1.**Jefferson Peres**

1.Leomar Quintanilha

1.**Roberto Freire**



Deputados

Titulares

Bloco (PSDB/PTB)

*Osmânia Pereira

*Eduardo Barbosa

Bloco (PMDB/PST/PTN)

Pinheiro Landim

*Roland Lavigne

PFL

*Luiz Moreira

PT

Professor Luizinho

PPB

*Antônio Joaquim

Bloco (PSB/PC do B)

Sérgio Miranda

Suplentes

1.*Lídia Quinan

2.*Raimundo Gomes de Matos

1.Saraiva Felipe

2.*Teté Bezerra

1.*Ursicino Queiroz

1.*João Paulo

1.*José Linhares

1.**Alexandre Cardoso**

De acordo com a Resolução nº 1, de 1989-CN, fica estabelecido o seguinte calendário para a tramitação da matéria:

Dia 30-6-2000 - designação da Comissão Mista**
Dia - 2001 - instalação da Comissão Mista
Até 1º-9-2001 - prazo para recebimento de emendas e para a Comissão Mista emitir o parecer sobre a admissibilidade
Até 10-9-2001 - prazo final da Comissão Mista
Até 25-9-2001 - prazo no Congresso Nacional

***Comissão convalidada de acordo com o Ofício 103/99-CN, publicado no DSF de 7-5-99, pág. 10573/74*

*Substituição feita em 5-2-2001 – PFL (CD)

*Substituição feita em 8-5-2001 – PT (CD)

***Substituição feita em 17-8-2001- PFL (SF)

*Substituição do Dep. Lamartine Posella pelo Dep. Roland Lavigne (T), em 30-8-2001 – PMDB (CD)

*Substituição do Dep. Santos Filho pelo Dep. Ursicino Queiroz, 17-10-2001 – Bloco (PFL/PST) – CD

* Substituições feitas em 24-10-2001 – PSDB - CD

*Indicação feita em 5-11-2001 – PSDB – (SF)

*Substituição feita em 6-11-2001 – PMDB (CD)

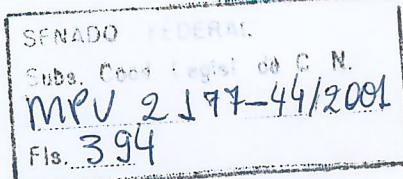
*Substituição feita em 7-11-2001 - BLOCO PT (SF)

**Substituição feita em 15-3-2002 – Bloco (PSDB/PPB) SF

*Substituições feitas, em 26-03-2003 – PPB – (CD)

****Substituições feitas, em 30-04-2003 – PMDB – (SF)

* Designações feitas nos termos da Resolução nº 2, de 2000-CN.





Supremo Tribunal Federal

Ofício nº 137-P/MC

Brasília, 28 de Agosto de 2003.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE N° 1931

REQUERENTE: Confederação Nacional de Saúde - Hospitais Estabelecimentos e Serviços - CNS

REQUERIDOS: Presidente da República
Congresso Nacional

Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que o Supremo Tribunal Federal, na sessão plenária realizada em 21 de agosto de 2003, proferiu, nos autos do processo mencionado, a seguinte decisão:

"Prosseguindo-se no julgamento, após o voto do Senhor Ministro Nelson Jobim, que acompanhou o Relator, o Tribunal não conheceu da ação quanto às inconstitucionalidades formais, bem assim relativamente às alegações de ofensa ao direito adquirido, ao ato jurídico perfeito e à inconstitucionalidade do artigo 35 e seu § 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e do § 2º, acrescentado a esse pela Medida Provisória nº 1.730-7, de 07 de dezembro de 1998, alterado pela Medida Provisória nº 1.908-17, de 27 de agosto de 1999, por falta de aditamento à inicial. Em seguida, deferiu, em parte, a medida cautelar, no que tange à suscitada violação ao artigo 5º, XXXVI, da Constituição, quanto ao artigo 35-G, hoje, renomeado como artigo 35-E pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001,

A Sua Excelência o Senhor
Senador JOSÉ SARNEY
Presidente do Senado Federal
N E S T A

/pvs

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
SSCLSF
MPV N.º 2.177-44/2001
Fis. 395

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
SSCLSF
PLS N.º 93/93
Fis. 443

Fernando
28/08/03
16:15h



Supremo Tribunal Federal

(Fl. 2 do Ofício nº 137-P/MC, de 28/08/2003).

em seus incisos I a IV, §§ 1º, incisos I a V, e 2º, redação dada pela Medida Provisória nº 1.908-18, de 24 de setembro de 1999; conheceu, em parte, da ação quanto ao pedido de constitucionalidade do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 1.908-18/1999, para suspender a eficácia apenas da expressão 'atuais e' e indeferiu o pedido de declaração de constitucionalidade dos demais dispositivos, por violação ao ato jurídico perfeito e ao direito adquirido. Em face da suspensão da eficácia do artigo 35-E (redação dada pela MP nº 2.177-44/2001), suspendeu também a eficácia da expressão 'artigo 35-E', contida no artigo 3º da Medida Provisória nº 1.908-18/99. Decisão unânime. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello e, neste julgamento, o Senhor Ministro Gilmar Mendes. Presidência do Senhor Ministro Maurício Corrêa".

Atenciosamente,

Ministro MAURÍCIO CORRÉA
Presidente

SENADO FEDERAL

Secretaria-Geral da Mesa
SSCLSF

MPV N.º 2.177-44/2001
Fls. 396

SENADO FEDERAL

Secretaria-Geral da Mesa
SSCLSF

PLS N.º 93/193
Fls. 244



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

República Federativa do Brasil

Imprensa Nacional



Ano CXL Nº 170

Brasília - DF, quarta-feira, 3 de setembro de 2003 R\$ 1,97

SEÇÃO

1

Sumário

	PÁGINA
Atos do Poder Judiciário.....	1
Atos do Poder Legislativo.....	2
Atos do Poder Executivo.....	12
Presidência da República.....	115
Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento	116
Ministério da Ciéncia e Tecnologia	119
Ministério da Defesa	119
Ministério da Educação	120
Ministério da Fazenda	122
Ministério da Justiça	131
Ministério da Previdéncia Social	133
Místerio da Saúde	133
Místerio das Comunicações	144
Ministério de Minas e Energia	148
Ministério do Desenvolvimento Agrário	159
Ministério do Meio Ambiente	159
Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão	160
Ministério do Trabalho e Emprego	160
Ministério dos Transportes	162
Ministério Público da União	162
Tribunal de Contas da União	163
Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais	211

Atos do Poder Judiciário**SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL****PLENÁRIO****DECISÕES**

**Ação Direta de Inconstitucionalidade e
Ação Declaratória de Constitucionalidade**
(Publicação determinada pela Lei nº 9.868, de 10.11.1999)

Julgamentos

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 1.681-1 (1)	
PROCED.	: SANTA CATARINA
RELATOR	: MIN. MAURÍCIO CORRÉA
REQTE.	: GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA
ADV.	: PGE-SC - GENIR DESTRI
REQDO.	: GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA
REQDA.	: ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Decisão: O Tribunal, por decisão unânime, julgou procedente a ação e declarou inconstitucional a Lei nº 8.958, de 07 de janeiro de

1993, do Estado de Santa Catarina. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, os Senhores Ministros Nelson Jobim e Gilmar Mendes. Plenário, 21.08.2003.

MED. CAUT. EM AÇÃO DIRETA DÉ INCONSTITUCIONALIDADE 1.931-8 (2)

PROCED. : DISTRITO FEDERAL

RELATOR : MIN. MAURÍCIO CORRÉA

REQTE. : CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - HOSPITAIS ESTABELECIMENTOS E SERVIÇOS CNS

ADVDOS. : MARCELO HENRIQUES RIBEIRO DE OLIVEIRA E OUTRA

REQDO. : PRESIDENTE DA REPÚBLICA

REQDO. : CONGRESSO NACIONAL

Decisão: O Tribunal, por unanimidade, reconheceu a legitimidade ativa da autora. Votou o Presidente. Em seguida, após o voto do Senhor Ministro Maurício Corrêa (Relator), não conhecendo da ação quanto às inconstitucionalidades formais e, na parte relativa à violação ao direito adquirido e ao ato jurídico perfeito, também não conhecendo da ação quanto ao pedido de inconstitucionalidade do caput do art. 35, e do § 1º da lei impugnada, e do § 2º da Medida Provisória nº 1.730-7/98, tendo em vista as substanciais alterações neles promovidas, deferindo, em parte, a medida cautelar, tudo nos termos do voto do Relator, o julgamento foi suspenso em virtude da medida de vista formulada pelo Senhor Ministro Nelson Jobim. Ausente, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello. Plenário, 20.10.99.

Decisão: Prosseguindo-se no julgamento, após o voto do Senhor Ministro Nelson Jobim, que acompanhou o Relator, o Tribunal não conheceu da ação quanto às inconstitucionalidades formais, bem assim relativamente às alegações de ofensa ao direito adquirido, ao ato jurídico perfeito e à inconstitucionalidade do artigo 35 e seu § 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, e do § 2º, acrescentado a esse pela Medida Provisória nº 1.730-7, de 07 de dezembro de 1998, alterado pela Medida Provisória nº 1.908-17, de 27 de agosto de 1999, por falta de aditamento à inicial. Em seguida, deferiu, em parte, a medida cautelar, no que tange à suscitada violação ao artigo 5º, XXXVI da Constituição, quanto ao artigo 35-G, hoje, renumerado como artigo 35-E pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, em seus incisos I a IV, §§ 1º, incisos I a V, e 2ª redação dada pela Medida Provisória nº 1.908-18, de 24 de setembro de 1999; conheceu, em parte, da ação quanto ao pedido de inconstitucionalidade do § 2º do artigo 10 da Lei nº 9.656/1998, com a redação dada pela Medida Provisória nº 1.908-18/1999, para suspender a eficácia apenas da expressão "atuais e", e indeferiu o pedido de declaração de inconstitucionalidade dos demais dispositivos, por violação ao ato jurídico perfeito e ao direito adquirido. Em face da suspensão da eficácia do artigo 35-E (redação dada pela MP nº 2.177-44/2001), suspendeu também a eficácia da expressão "artigo 35-E", contida no artigo 3º da Medida Provisória nº 1.908-18/99. Decisão unânime. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, o Senhor Ministro Gilmar Mendes. Presidência do Senhor Ministro Maurício Corrêa. Plenário, 21.08.2003.

AG.REG.NA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 2.531-7 (3)

PROCED. : RIO GRANDE DO SUL

RELATOR : MIN. CARLOS VELLOSO

AGTE.(S) : PARTIDO TRABALHISTA BRASILEIRO - PTB

ADV.(A/S) : MARIO BERNARDO SESTA E OUTROS

AG-

DO(A/S) : GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

AG-DO(A/S) : ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Decisão: O Tribunal, por decisão unânime, negou provimento ao agravo regimental. Votou o Presidente, o Senhor Ministro Maurício Corrêa. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello e, neste julgamento, os Senhores Ministros Nelson Jobim e Gilmar Mendes. Plenário, 21.08.2003.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 2.579-1 (4)

PROCED. : ESPÍRITO SANTO

RELATOR : MIN. CARLOS VELLOSO

REQTE. : GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ADV. : PGE-ES - FLÁVIO AUGUSTO CRUZ NOGUEIRA

REQDO. : PRESIDENTE DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Decisão: O Tribunal, por decisão unânime, julgou procedente a ação e declarou inconstitucional a Resolução nº 06, de 24 de abril de 1989, do Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Votou o Presidente, o Senhor Ministro Maurício Corrêa. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, os Senhores Ministros Nelson Jobim e Gilmar Mendes. Plenário, 21.08.2003.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 2.741-7 (5)

PROCED. : ESPÍRITO SANTO

RELATORA : MIN. ELLEN GRACIE

REQTE.(S) : GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ADV.(A/S) : PGE-ES - FLÁVIO AUGUSTO CRUZ NOGUEIRA E OUTRO(A/S)

REQDO.(A/S) : ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Decisão: O Tribunal, por decisão unânime, julgou procedente a ação e declarou inconstitucional a Lei Complementar nº 255, de 05 de setembro de 2002, do Estado do Espírito Santo. Votou o Presidente, o Senhor Ministro Maurício Corrêa. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, os Senhores Ministros Nelson Jobim e Gilmar Mendes. Plenário, 21.08.2003.

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 2.748-4 (6)

PROCED. : ESPÍRITO SANTO

RELATORA : MIN. ELLEN GRACIE

REQTE.(S) : GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ADV.(A/S) : PGE-ES - FLÁVIO AUGUSTO CRUZ NOGUEIRA E OUTRO(A/S)

REQDO.(A/S) : ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

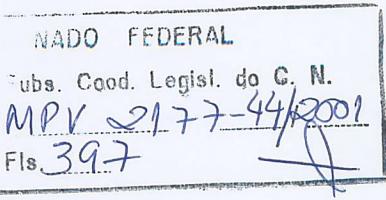
Decisão: O Tribunal, por decisão unânime, julgou procedente a ação e declarou inconstitucional a Lei Complementar nº 241, de 22 de maio de 2002, do Estado do Espírito Santo. Votou o Presidente, o Senhor Ministro Maurício Corrêa. Ausentes, justificadamente, o Senhor Ministro Celso de Mello, e, neste julgamento, os Senhores Ministros Nelson Jobim e Gilmar Mendes. Plenário, 21.08.2003.

Secretaria de Apoio aos Julgamentos
ALBERTO VERONESE AGUIAR
Secretário

AGORA ENTRAMOS EM SUA TELA POR ASSINATURA

Os Diários Oficial da União e da Justiça agora também são assim:
chegam aonde você estiver às oito horas da manhã. Ter a Seção ou Órgão
de seu interesse na tela do computador é prático e barato.

Para maiores informações acesse <http://ediarios.in.gov.br> ou www.in.gov.br



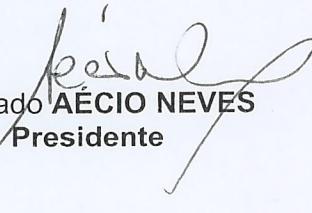
SGM/P nº 1481/02

Brasília, 07 de novembro de 2002.

Senhor Presidente,

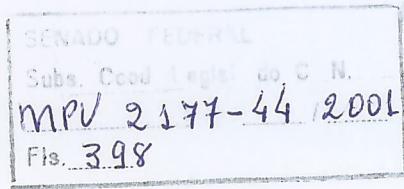
Encaminho a Vossa Excelência, para as providências que julgar pertinentes, Ofício nº 333, datado de 23 de outubro do corrente, da Associação dos Juízes Federais do Brasil, solicitando providências no sentido de acelerar o processo de votação das 61 Medidas Provisórias editadas antes da promulgação da Emenda Constitucional nº 32, de 2001, que “altera dispositivos dos arts. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 e 246 da Constituição Federal e dá outras providências”.

Colho o ensejo para renovar a Vossa Excelência protestos de alto apreço e distinta consideração.


Deputado **AÉCIO NEVES**
Presidente

A Sua Excelência o Senhor
Senador **RAMEZ TEBET**
Presidente do Senado Federal
N E S T A

F:\Word\Najur\Ana Regina\Ofícios SGM-P\Pres. SF - Associação dos Juízes Federais do Brasil.doc



Recebido em 07/11/02
14:18h. fls 4864

Medidas Provisórias antigas serão entulho da era FHC

O alerta foi feito hoje à imprensa pela AJUFE, que afirma que as 61 Medidas Provisórias anteriores à Emenda 32, às quais estão apenas cerca de 1.500 reedições sucessivas, virarão o grande entulho da era FHC para seu sucessor se não votadas ou revogadas logo.

AJUFE alerta:

Medidas Provisórias antigas serão entulho da era FHC

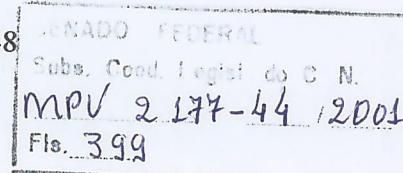
No momento em que o Congresso corre o risco de parar se não forem votadas as 25 Medidas Provisórias que já trancam a pauta da Câmara - e que chegarão a 31 caso os congressistas não se reúnam antes do Segundo Turno - a Associação dos Juízes Federais do Brasil (AJUFE) alerta que existe uma situação ainda pior em termos de segurança legislativa e que foi esquecida pelos parlamentares. Trata-se das 61 Medidas Provisórias anteriores à Emenda Constitucional nº 32, de 2001 - a que criou esse sistema que tranca a pauta de votação na Câmara e Senado toda vez que uma MP não for apreciada em até 45 dias, contados de sua publicação (parágrafo 6º do artigo 62 da Constituição, conforme a EMC 32).

De acordo com o artigo 2º dessa Emenda, todas as medidas provisórias editadas antes de sua publicação continuam em vigor até que uma nova MP as revogue explicitamente ou até deliberação definitiva do Congresso Nacional. "Ou seja, enquanto o Presidente da República não tomar a iniciativa de editar nova MP para revogá-las ou os presidentes da Câmara ou do Senado não as submeterem ao processo legislativo, elas continuam tendo força de lei, sem que tenham sido aprovadas pelo Poder competente", denuncia o presidente da AJUFE, juiz Paulo Sérgio Domingues.

Segundo Domingues, a situação é muito grave, pois essas 61 MPs englobam alterações legislativas estabelecidas em quase 1.500 reedições anteriores. Todas em vigor, de acordo com a Emenda 32. Figuram nessas MPs temas de extrema importância que deveriam ser discutidos pelo Congresso, tais como a definição das normas de regulação para o setor de medicamentos e da fórmula de reajuste de preços, o acréscimo do dispositivo da transcendência à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência Social, a regulamentação da Convenção sobre Diversidade Biológica e do acesso ao patrimônio genético do país e as relações financeiras entre a União e o Banco Central.

"O problema é que esse enorme pacote legislativo está hoje numa espécie de limbo, acima das leis comuns, o que nos impõe a situação patológica de convivermos no Brasil com Medidas Provisórias Permanentes", critica o juiz, lembrando que algumas dessas MPs já vigoram há cinco anos. A AJUFE acredita que, se quiserem garantir real segurança jurídica no país, os parlamentares precisam enfrentar a questão e começar a votar esse saldo de MPs. "O Ideal é que elas fossem avaliadas ainda este ano, para não se transformarem num lamentável entulho da era FHC".

21/10/2002



21/10/2002



Associação dos Juízes Federais do Brasil

Entidade de âmbito nacional

Utilidade Pública Federal – Decreto de 08.08.1996 – (DOU de 09.08.1996 – pág. 150570)

AJUFE

OFÍCIO AJUFE N.333

Brasília, 23 de outubro de 2002.

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Servimo-nos do presente para alertar Vossa Excelência quanto à existência de 61 Medidas Provisórias anteriores à Emenda Constitucional n. 32/2001. De acordo com o artigo 2º dessa Emenda, as Medidas antigas continuam tendo força de lei até que seja editada uma nova que as revogue explicitamente ou até deliberação definitiva do Congresso Nacional.

Dessa forma, encontramo-nos na peculiar situação de haver Medidas Provisórias permanentes, o que reflete uma anomalia no sistema. Daí a urgência de se votar imediatamente as MP's necessárias para garantir uma real segurança jurídica no país.

Tendo em vista tal situação, tomamos a liberdade de sugerir a Vossa Excelência a tomada das providências cabíveis no sentido de acelerar o processo de votação das 61 Medidas Provisórias anteriores à Emenda Constitucional n. 32, que englobam alterações legislativas estabelecidas em quase 1.500 reedições. Essas Medidas estão todas em vigor e se referem a temas importantes que deveriam ser amplamente discutidos pelo Congresso, como a definição das normas de regulação para o setor de medicamentos e da fórmula de reajuste de preços, o acréscimo do dispositivo da transcendência à Consolidação das Leis do Trabalho, o reajuste dos benefícios mantidos pela Previdência Social, a regulamentação da Convenção sobre Diversidade Biológica e do acesso ao patrimônio genético do país e as relações financeiras entre a União e o Banco Central.

Na tentativa de evitar que persista o problema e que ele se torne crônico no âmbito do processo legislativo brasileiro é que fazemos as presentes considerações.

Ao ensejo, renovamos a Vossa Excelência protestos de elevada consideração e apreço.

Atenciosamente,

Paulo Sérgio Domingues
Presidente da AJUFE

Gabinete da Presidência
Em 28 / 10 / 02
De ordem, ao Senhor Secretário-Geral.

Paulo Sérgio Domingues
Chefe do Gabinete

Exmº. Sr.

Deputado Aécio Neves

Presidente da Câmara dos Deputados

SRTVS – Quadra 701 – bloco H – Ed. Record – Sala 402 – Fax: (61) 321-8482/2267361

CEP: 70340-000 – Brasília – DF

Fone: (61) 224-9815

CGC Nº 13971668/0001-28

