



# SENADO FEDERAL

## PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 456, DE 2017

Inclui o art. 18-A na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a exigência pelo prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de serviços de saúde, de assinatura, pelo segurado de planos de saúde, de termos de responsabilidade, contrato ou qualquer outra avença, obrigando ao ressarcimento ou pagamento pelos serviços prestados, em caso de falência ou inadimplência de operadora de planos de saúde, e dá outras providências.

**AUTORIA:** Senador José Pimentel (PT/CE)

**DESPACHO:** Às Comissões de Assuntos Econômicos; e de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor, cabendo à última decisão terminativa



[Página da matéria](#)



**PROJETO DE LEI DO SENADO nº de 2017.**

Inclui o art. 18-A na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para vedar a exigência pelo prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de serviços de saúde, de assinatura, pelo segurado de planos de saúde, de termos de responsabilidade, contrato ou qualquer outra avença, obrigando ao ressarcimento ou pagamento pelos serviços prestados, em caso de falência ou inadimplência de operadora de planos de saúde, e dá outras providências.



SF/17498.04254-21

**O Congresso Nacional decreta:**

Art. 1º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida do seguinte artigo 18-A:

“Art. 18-A. É vedada a exigência pelo prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de serviços de saúde, de assinatura, pelo segurado de planos de saúde ou seus representantes legais, de termos de responsabilidade, contrato ou qualquer outra avença, obrigando ao ressarcimento ou pagamento pelos serviços prestados, em caso de falência ou inadimplência de operadora de planos de saúde.” (NR)

Art. 2º São declarados nulos de pleno direito os termos de responsabilidade, contratos ou quaisquer outras avenças firmados entre segurados de planos de saúde ou seus representantes legais com vista a assunção de obrigação de ao ressarcimento ou pagamento pelos serviços prestados, em caso de falência ou inadimplência de operadora de planos de saúde regidos pela Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.



## JUSTIFICAÇÃO

Por paradoxal que possa parecer, decisões recentes de algumas instâncias do Poder Judiciário têm trazido grande inquietação aos segurados de planos de saúde firmados com operadoras ou seguradoras inadimplentes ou atingidas por processos de falência.

A partir de uma abordagem estritamente orientada para o lucro, prestadores de serviços de saúde, notadamente hospitais, ajuízam ações contra os usuários, buscando o ressarcimento de procedimentos médicos não pagos por Seguradora e/ou Operadoras falidas ou inadimplentes.

Assim, independentemente de o segurado haver honrado seus compromissos com a operadora, a incapacidade de fiscalização pelo Estado da higidez financeira dos planos de saúde acaba por gerar ônus financeiro insuportável ao cidadão, e, ainda, grande insegurança jurídica, em face de conduta abusiva e antissocial adotada pelos prestadores de serviços, que condicionam o próprio atendimento à assinatura de Termos de Responsabilidade pelo segurado.

Não se trata de serviços prestados em excesso, que não sejam cobertos ou sem a devida autorização do plano de saúde, mas aqueles que, autorizados e licitamente cobertos pelo seguro de saúde, não foram pagos ao prestador por razões alheias ao usuário do serviço, e com fundamento em Termos de Responsabilidade, contratos ou outras avenças, muitas vezes firmados em situação de desespero ou na ignorância de sua ilicitude, pelo segurado ou seus representantes legais.

O Poder Judiciário, nessas situações, apega-se ao formalismo, e rende-se à maior capacidade econômica do prestador de serviço, decidindo em seu favor, ao legitimar uma “dívida” espúria, leonina e até mesmo imoral.

Tais termos de responsabilidade são, por definição, nulos, à luz do Código de Defesa do Consumidor, configurando-se como contratos de adesão contrários ao princípio do reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo (art. 4º, I do Código de Defesa do





Consumidor). Trata-se, ainda, muitas vezes, de Termo que sequer está respaldado em manifestação de vontade válida, nos termos do art. 171, II do Código Civil, vez que firmados em condições de ignorância ou mesmo de incapacidade relativa, pelo segurado ou seus representantes.

Em recentíssima decisão, a 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (Recurso Especial 1.695.781/SP) manteve decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, reconhecendo que os segurados não podem ser responsabilizados pelo pagamento de despesas médico-hospitalares no caso de “quebra” de plano de saúde após a autorização e realização dos serviços. No caso em exame, um grande hospital de São Paulo recorria de decisão que isentou beneficiário da administradora de plano de saúde de pagar as despesas de internação e tratamento autorizadas pelo plano e não pagas. O hospital alegava, precisamente, que o paciente assinou um termo de responsabilidade que tornava legítima “a cobrança na hipótese de inadimplemento por parte do plano de saúde”, e que, diante da falência da operadora, seria o beneficiário quem deveria pagar mais de R\$ 47 mil referentes às suas despesas hospitalares. Em sua decisão, a Relatora Ministra Nancy Andrichi, considerou não haver responsabilidade solidária entre a administradora de plano de saúde e os consumidores deste serviço quando o hospital que prestou serviços médico-hospitalares deixa de receber os valores contratados com a administradora, por meio de convênio, reafirmando a prevalência dos princípios do Código de Defesa do Consumidor.

Assim, o presente Projeto de Lei visa, para afastar de forma definitiva tais riscos para os segurados, inserir artigo na Lei nº 9.656, de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para vedar tal prática e, ainda, estabelece a nulidade de todos os termos ou avenças já firmados, retirando-lhes a capacidade probatória e executiva, tendo, quanto a esse aspecto, efeitos declaratórios, uma vez que o artigo 51 do CDC já assinala a nulidade de pleno direito das cláusulas consideradas abusivas.

Dessa forma, a Lei nº 9.656/98 estará, além de preservar o direito à saúde, evitando a abusiva responsabilidade solidária que problemas decorrentes da relação entre operadores, prestadores de serviços possam





acarretar, contribuindo de forma mais efetiva para a maior solidez do regime de saúde suplementar e para a confiança do segurado nesse regime.

Sala das Sessões,        de        de 2017.

**Senador José Pimentel**  
PT - CE



SF/17498.04254-21

# LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998 - Lei dos Planos de Saúde - 9656/98  
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1998;9656>