

## **PROJETO DE LEI N.º 2934, DE 2003**

**(Da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde)**

Altera a Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei destina-se a aperfeiçoar a legislação sobre planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 2º Os dispositivos a seguir enumerados, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º .....

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, odontológica e farmacêutica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

.....

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

.....  
§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas, que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração, bem como as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores.

.....  
§ 4º .....(NR).”

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

.....  
§ 1ºA. Para os fins do disposto no inciso II, junta médica, composta por representantes da ANS, das operadoras, das sociedades médicas respectivas e dos usuários, avaliará, quando necessário, se os procedimentos clínicos ou cirúrgicos, bem como próteses e órteses, objetivam restaurar funções para correção de lesão proveniente de acidente pessoal ou de plástica reconstrutiva de mama.

.....  
§ 4º .....(NR).”

“Art. 11. É vedada a exclusão de coberturas às doenças e lesões pré-existentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei após dezoito 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. São vedados, ainda:

I – 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;

II – o oferecimento de agravo ou qualquer outra modalidade de aumento no valor das contraprestações pecuniárias para a inclusão da cobertura referida no *caput* (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 V deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo 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, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, inclusive nas modalidades opcionais de hospital-dia e internação domiciliar, 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;

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

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

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, aluguéis e diárias, 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 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, 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;

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 incluir assistência farmacêutica, o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, conforme dispuser o regulamento;

VI - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

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

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

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

§ 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. 16. ....

.....

III – os períodos de carência para consultas, internações, assistência farmacêutica, procedimentos e exames;

.....

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

.....

XII - .....(NR).”

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado,

credenciado, referenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará:

I – formalizar, por intermédio de instrumento contratual, os direitos e obrigações mútuos, inclusive:

- a) a) os procedimentos para os quais o prestador ou profissional de saúde é indicado, especificando o regime de atendimento, se hospitalar, ambulatorial, de urgência ou emergência;
- b) b) os valores dos serviços contratados, prazos e formas de pagamento e faturamento;
- c) c) definição de formas de auditoria técnica e administrativa, bem como de procedimentos para os quais sejam necessárias autorização prévia;
- d) d) definição do prazo de vigência do contrato, condições para sua renovação, bem como previsão de multa pelo seu descumprimento;
- e) e) causas de rescisão, garantida aos pacientes a continuidade dos tratamentos em curso;
- f) f) fornecimento à operadora e à ANS das informações relativas aos serviços prestados, resguardado o sigilo profissional;
- g) g) critérios para descredenciamento.

II – se pessoa jurídica, possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

§ 1º 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.

§ 2º O disposto neste artigo aplica-se aos estabelecimentos hospitalares sem prejuízo do disposto no art. 17.

§ 3º 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. ....

.....  
§ 3º .....

IV – segmentação da assistência, em ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, farmacêutica, odontológica e referência;

.....  
§ 7º .....(NR).”

“Art. 24. ....  
.....

§ 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 efeitos as medidas por ela determinadas para sanear as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira, sem que esta medida implique na perda das carências ou em quaisquer outros prejuízos para os mesmos (NR).”

Art. 3º A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 11A. É vedada a exigência de depósito de caução ou de outras modalidades de garantia, como condição de atendimento ou internação de paciente.

§ 1º As operadoras privadas de plano de saúde devem manter serviço ininterrupto de atendimento aos prestadores para autorização imediata de internações, exames e procedimentos.

§ 2º A ausência ou o mal funcionamento do serviço a que se refere o parágrafo anterior implica na presunção de autorização do objeto da consulta.”

“Art. 13A. Após decorridos cento e oitenta dias da contratação, é assegurado ao usuário insatisfeito com sua operadora, desde que em dia com o pagamento das contraprestações pecuniárias, o direito de mobilidade, consistente na troca de operadora, preservados a similaridade entre os planos e os prazos de carência já cumpridos, inclusive os relativos à cobertura parcial temporária dos casos de doenças e lesões pré-existentes.

§ 1º A insatisfação a que se refere o *caput* deve ser comprovada mediante reclamação acolhida como procedente pelo Poder judiciário, ou pela ANS, em processo regular.

§ 2º O exercício do direito de mobilidade condiciona-se à aceitação por parte da nova operadora.”

“Art. 18A. 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.

Parágrafo único. 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.”

“Art. 35 N. As pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.”

“Art. 35 O. Constitui crime induzir o consumidor ou usuário a adquirir produto que possa ser confundido com plano privado de assistência à saúde regulado por esta lei, ou apresentar-se como operadora deste, por via de indicação ou afirmação falsa, enganosa ou ardilosa sobre a natureza dos produtos oferecidos, utilizando-se de qualquer meio, inclusive a veiculação ou divulgação publicitária:

Pena: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.”

Art. 4º Esta lei entrará em vigor após 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

## JUSTIFICAÇÃO

Ao longo dos trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a “investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de planos de saúde” (CPI — PLANOS DE SAÚDE), numerosas idéias e sugestões foram encaminhadas à Relatoria, tanto por parte dos depoentes, como dos Parlamentares membros, titulares e suplentes.

Cada idéia ou sugestão foi analisada à luz dos mandamentos constitucionais, de sua exeqüibilidade, de seu mérito, de sua competência e de sua capacidade para aperfeiçoar o arcabouço jurídico que trata da questão dos planos de saúde.

Muitas dessas proposituras enquadram-se em atos administrativos, que se inserem na esfera de atribuições do Executivo e que, portanto, podem ser tomadas mediante Decretos ou, até mesmo, atos de menor hierarquia.

Outras demandam aprovação pelo Congresso Nacional, mas abordam temas cuja iniciativa de apresentação como Projetos de Lei é exclusiva do Presidente da República, e foram, desse modo, objeto de Indicação, encaminhada ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde.

Por fim, temos as sugestões passíveis de iniciativa do próprio Poder Legislativo, e que, em sua maioria, requerem alterações na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências”, agrupadas nesta proposição.

Assim, propomos a alteração da Lei nos seguintes aspectos:

1) Mudança da definição de “plano privado de assistência à saúde”, no inciso I, do art. 1º, de forma a incluir a assistência farmacêutica entre as modalidades de intermediação disponíveis no mercado de saúde suplementar. Esse foi um ponto de convergência entre diversos setores que se fizeram representar nas Audiências Públicas realizadas ao longo dos trabalhos da CPI e

configura-se como mais uma opção de segmentação a ser oferecida facultativamente pelas operadoras aos usuários de planos de saúde.

2) Alteração do §1º, do art. 1º, de forma a corrigir uma omissão do texto em vigor que embasa uma suposta não competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar para fiscalizar planos de saúde coletivos.

3) Alteração do § 2º, do art. 1º, com vistas a incluir sob o manto da Lei 9.656/98, e conseqüentemente da ANS, as instituições, de direito público ou privado, municipais e estaduais, que prestem serviços de assistência à saúde de seus servidores, nos moldes do IAMSPE, em São Paulo, e do IASERJ, no Rio. Essas entidades, muitas vezes, agem como operadoras de planos de saúde, contratando e credenciando prestadores e, no entanto, restam sem qualquer fiscalização. Ademais, não informam sobre sua produção e sobre seu gasto, não permitindo a sistematização dos dados que dizem respeito a mais de cinco milhões de beneficiários.

4) Inserção de expressão no *caput* do art. 10 com vistas a assegurar a saúde integral ao usuário, bem como economia para as operadoras. Os planos de saúde deverão, assim, implementar campanhas educativas e de promoção da saúde, e a adoção de procedimentos necessários para prevenção de doenças (a exemplo do câncer de mama, colo de útero etc) bem como os protocolos de prevenção consagrados pelas sociedades de especialidades médicas e pelo Ministério da Saúde.

Ainda, a inserção de um parágrafo novo no art. 10, com vistas a permitir que cirurgias plásticas, desde que decorrentes de acidentes pessoais ou para reconstrução mamária não sejam consideradas liminar e unilateralmente como “procedimentos para fins estéticos” pelas operadoras. De fato, muitas vezes procedimentos dessa natureza se fazem imprescindíveis. Nossa intenção é que uma junta médica, cuja composição e representatividade serão objeto de regulamentação ulterior, manifeste-se sobre o caráter reparador de tais procedimentos.

5) Alteração do art. 11, *caput*, e inserção de um § 2º, objetivando, em primeiro lugar, a redução do prazo para que as operadoras excluam tratamentos ou procedimentos de doenças ou lesões preexistentes de 24 para 18 meses. Secundariamente, visa-se à proibição da prática do “agravo”,

pecúnia que onera as mensalidades pagas pelos beneficiários com vistas a que as aludidas doenças e lesões possam ser objeto de cobertura por parte da operadora. Tais alterações se justificam plenamente, pois houve uma convergência de opiniões sobre o fato de que o prazo de 24 meses hoje em vigor é excessivamente longo, cabendo uma redução, em nosso entender razoável, para 18 meses no período de exclusão de que trata o dispositivo. No que concerne à proibição da prática do agravo, verificou-se que seu valor, quando admitido pela operadora, tem sido tão elevado, que o torna praticamente proibitivo ou inexecutável.

6) Alteração do art. 12, em que são definidas as formas admissíveis de segmentação do mercado de planos de saúde, de forma a facultar às operadoras o oferecimento das modalidades opcionais, na assistência hospitalar, de hospital-dia e de internação domiciliar – esta quando em substituição ao regime de internação hospitalar. Tais modalidades, apesar de amplamente difundidas e de representarem melhoria na assistência, diminuição de risco de superinfecções e diminuição de custos, ainda não estão previstas nos contratos das operadoras.

7) Ainda no art. 12, foram feitas alterações para que fosse introduzida a faculdade de oferecimento, pelas operadoras, de uma nova segmentação do setor: a de assistência farmacêutica. Essa segmentação foi veiculada por praticamente todos os setores que se fizeram representar nas audiências levadas a cabo, e houve praticamente uma unanimidade sobre sua necessidade e aceitação. Desse modo, não há porque excluir esse possível nicho de mercado, plenamente admitido pelos usuários e empresas, mas que precisa ser previsto em lei para que se configure como uma opção passível de fiscalização, controle e regulação por parte da ANS.

8) Inserção da expressão “assistência farmacêutica” nos incisos III e VIII do art. 16, para compatibilizar o texto atual com a introdução da segmentação de assistência farmacêutica, já mencionada no item a.5.

9) Profunda modificação do conteúdo do art. 18, mantidos os dispositivos originais, de forma a introduzir a contratualização na relação entre operadoras e prestadores de serviços. O novo inciso I define as regras básicas atinentes aos contratos a serem firmados. Destaque-se nessas regras: a indicação

do prestador para o tipo de atendimento contratado; os valores, prazos e formas de pagamento e de faturamento dos serviços contratados; a definição das formas de auditoria e dos procedimentos que requerem autorização da operadora; a determinação dos prazos de vigência e de critérios para a renovação e para rescisão; e a determinação sobre fornecimento de informações à ANS. A contratualização permitirá uma relação indubitavelmente mais transparente entre as operadoras e os prestadores credenciados e contratados, com evidentes ganhos para os usuários. Diminuirão, também, as freqüentes queixas dos prestadores de sofrerem pressões para redução de custos, com perda de qualidade da assistência, e as recusas de atendimento com base em atrasos de pagamentos.

10) Introdução, igualmente, de um dispositivo, no mesmo art. 18, de que as pessoas jurídicas contratadas como prestadores estejam cadastrados no Ministério da Saúde, de forma a facilitar o processo de fiscalização da Agência e o ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados em usuários de planos de saúde.

11) Alteração do inciso IV do art. 19, de forma a compatibilizá-lo com a previsão de criação do segmento de assistência farmacêutica.

12) Introdução, no § 5º do art. 24, *in fine*, de expressão com vistas a resguardar os direitos dos usuários quando da alienação de carteiras de operadoras submetidas a intervenção pela ANS, mormente no que concerne à contagem dos prazos de carência.

13) Acrescentado o Art. 11 A, proibindo de forma definitiva e inequívoca a prática, largamente utilizada, da exigência de caução para o atendimento ou para a internação de usuários. Essa prática é determinada pelo comportamento abusivo por parte das operadoras que não mantêm canais de comunicação permanentes com seus usuários e prestadores. Os estabelecimentos e profissionais, desse modo, desejosos de garantias de pagamento do serviço prestado ou de remuneração de seu trabalho, pressionam a parte fraca dessa tríade. Observe-se que tal pressão é exercida sobre o usuário num momento que potencializa sua fragilidade, pois ninguém — seja o próprio paciente, um familiar ou amigo — é capaz de recusar a assinatura de um cheque

ou a dação de garantia material quando supõe que a vida ou a integridade, sua ou de um ente querido, encontra-se em jogo. A proibição da caução não significa, entretanto, em jogar os prestadores às feras e fazê-los responsáveis por uma relação sobre a qual não têm controle. A introdução do instrumento de contratualização entre as operadoras e a rede credenciada ou referenciada pode possibilitar a resolução favorável desses gargalos do sistema. Obriga-se, outrossim, que as operadoras mantenham serviço ininterrupto, visando à rápida e ágil autorização para internações, exames e procedimentos.

14) Acrescentado o Art. 13 A, introduzindo o instituto da mobilidade, que representará uma verdadeira Lei Áurea para o usuário. Hoje, ao comprar um plano de saúde, o consumidor não tem qualquer garantia de satisfação ou de cumprimento da lei e das cláusulas contratuais. Isso significa que pode tornar-se um verdadeiro refém de uma má operadora, pois relutará muito em trocar de empresa tendo que cumprir novos períodos de carência. Dessa forma, ao se prever a mobilidade, cria-se a possibilidade de o usuário insatisfeito libertar-se desse vínculo indesejado e enseja-se um vigoroso incentivo ao mercado para que as operadoras procurem cativar a sua clientela, propiciando boas condições de atendimento. Para prevenir tentativas de burla por parte de usuários mal intencionados, exige-se que para exercer a mobilidade o interessado, desde que decorridos 180 dias da contratação, esteja em dia com o pagamento de suas obrigações, tenha efetivado uma reclamação consistente junto aos foros apropriados e tenha o aceite por parte da nova operadora. Adicionalmente, prevê-se que a mobilidade do usuário entre operadoras deve observar a similaridade dos produtos ofertados, de modo a evitar a anti-seleção. O desenvolvimento de mecanismos que permitam ao consumidor maior mobilidade no sistema – sem a necessidade de cumprir novas carências - é fator fundamental para o controle da qualidade e do preço, por meio da concorrência e da competitividade. A maior restrição à adoção da mobilidade é o fato de que cerca de 70% dos usuários de planos individuais estão em planos antigos, sem qualquer padrão de comparação possível de cobertura assistencial. Portanto, a mobilidade está diretamente ligada à implementação de regras bem sucedidas de migração.

15) Acrescentado o Art. 18 A, resgatando o texto do atual art. 18, desmembrado para que fosse inserido o mecanismo de contratualização.

16) Acrescentado o art. 35 N, dispondo que as pessoas jurídicas cujo objeto social preveja a comercialização de planos de saúde, ou o oferecimento de rede credenciada ou referenciada para prestação de serviços de assistência médica ou odontológica, ainda que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, terão o prazo de um ano, a partir da entrada em vigor deste artigo, para comprovar seu registro na ANS, a partir do qual a Agência poderá tomar as medidas cabíveis visando à sua extinção.

Este novo dispositivo é de suma importância, na medida em que dará poderes à ANS para fiscalizar as empresas que atuam irregularmente no setor de planos de saúde, mesmo que constituídas anteriormente a 2 de setembro de 1998, data da entrada em vigor da Lei n.º 9656, seja porque, simplesmente, não se registraram na Agência, ou porque não podem ser caracterizadas como operadoras.

17) Acrescentado o Art. 35 O, que tipifica o crime e prevê pena de um a cinco anos de reclusão para os responsáveis por empresas que, fazendo-se passar por operadoras, induzem o consumidor a adquirir seus produtos como se fossem planos de saúde. Tais empresas têm como estratégia mercadológica operar no ramo de saúde sem registro na ANS e, portanto, sem obediência aos ditames legais atinentes ao setor suplementar. Mesmo porque, tecnicamente, não são realmente planos de saúde, haja vista não satisfazerem os requisitos do art. 1º, incisos I e II, da Lei 9656/98, principalmente no que tange à modalidade de reembolso ou pagamento direto ao prestador. Sublinhe-se que a criminalização de tal conduta, sem dúvida, contribuirá com o intuito dos membros desta Comissão de inibir prática tão insidiosa.

Feitas essas considerações, conclamamos nossos ilustres Pares a apoiar a presente proposição que representará, sem dúvida alguma, um significativo avanço para o setor de saúde suplementar.

Sala das Sessões, em                    de                    de 2003.

**Deputado Henrique Fontana**  
**Presidente**

**Deputado Dr. Ribamar Alves**  
**Relator**

