

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
FACULDADE DE DIREITO/SETOR DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTRATOS EMPRESARIAIS**

**SANDRA MARIA CALBAR**

**DAS RELAÇÕES CONTRATUAIS NAS EMPRESAS PRIVADAS DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
(DOCTRINA, EVOLUÇÃO HISTÓRICA E LEGISLATIVA)**

**Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Contratos  
Empresariais da Universidade Federal do  
Paraná, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista.**

**Orientador: Prof. Dr. Munir Karam**

**CURITIBA**

**2003**

**Universidade Federal do Paraná  
Faculdade de Direito**

**Ordem dos Advogados do Brasil – Seção do Paraná  
Escola Superior de Advocacia**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO CONTRATUAL EMPRESARIAL  
2002**

**TERMO DE APROVAÇÃO DE MONOGRAFIA**

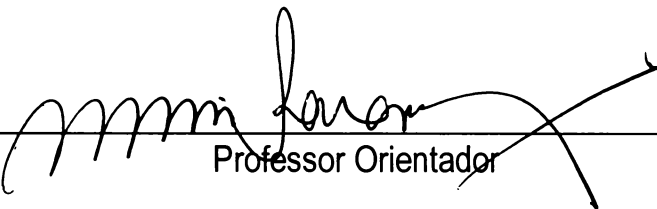
Aluno: Sandra Maria Calbar

Título da Monografia: Das Relações Contratuais nas Empresas Privadas de  
Assistência à Saúde (Doutrina, Evolução Histórica e Legislativa)

Professor Orientador: Munir Karam

Por este Termo de Aprovação, o Professor Orientador aprova a apresentação da versão final da Monografia, em conformidade com os dados acima indicados, autorizando sua apresentação perante Banca Examinadora, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Curitiba, 06 de outubro de 2003.

  
\_\_\_\_\_  
Professor Orientador

**SANDRA MARIA CALBAR**

**DAS RELAÇÕES CONTRATUAIS NAS EMPRESAS PRIVADAS DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
(DOCTRINA, EVOLUÇÃO HISTÓRICA E LEGISLATIVA)**

**Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Contratos  
Empresariais da Universidade Federal do  
Paraná, como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista.  
Orientador: Prof. Dr. Munir Karam**

**CURITIBA**

**2003**

**ii**

**Dedico esta monografia à minha irmã Ana, a qual contribuiu diretamente para a concretização deste trabalho e para o meu aprimoramento profissional e, principalmente, pessoal.**

**Dedico também ao Pedro Borges pelo amor, carinho, estímulo e força.**

**Agradeço, especialmente, ao Professor Munir Karam, pela dedicação, paciência e valiosas contribuições fornecidas.**

## SUMÁRIO

<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. FASES HISTÓRICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E SUAS REPERCUSSÕES NAS RELAÇÕES CONTRATUAIS.....</b>	<b>3</b>
1.1. Massificação das relações de consumo.....	3
1.2. Vulnerabilidade do consumidor.....	10
1.3. A função social do contrato.....	13
<b>2. CONTRATOS NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.....</b>	<b>18</b>
2.1 Contrato de massa.....	18
2.2 Contrato de adesão.....	18
2.3 Terminologia e distinção com figuras a fim do contrato de adesão.....	22
2.4 Cláusulas abusivas.....	25
2.5 Cláusulas limitativas no contrato de seguro.....	27
2.6 Nulidades.....	28
<b>3. BOA-FÉ CONTRATUAL E DEMAIS PARTICULARIDADES DOS CONTRATOS.....</b>	<b>31</b>
3.1 O princípio da boa-fé objetiva e deveres anexos.....	31
3.2 Contrato cativo de longa duração.....	42
3.3 Partes nos contratos de seguro e de planos de saúde.....	44
<b>4. O SEGURO E PLANOS DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE.....</b>	<b>49</b>
4.1 Breve histórico do mercado de seguros e planos de saúde no Brasil.....	49
4.2 Histórico da Lei 9.656/98.....	55
4.3 Medidas provisórias e demais regulamentações.....	57
4.4 Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn).....	62
4.5 Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.....	63

4.6 Distinção entre seguros e planos de saúde.....	65
<b>5. CONTRATOS DE SEGURO E PLANOS DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE.....</b>	<b>70</b>
5.1 Principais inovações introduzidas pela Lei 9.656/98.....	70
5.1.1 Instituição do plano referência.....	70
5.1.2 Delimitação de tipos de planos de saúde, coberturas e carências.....	71
5.1.3 Obrigatoriedade de renovação automática dos contratos de planos de saúde sem cobrança de taxas e denúncia unilateral do instrumento contratual.....	72
5.1.4 Proibição de rejeitar usuários em razão de idade ou de doença.....	74
5.1.5 Proibição de reajustes por idade para pessoas com mais de sessenta anos e dez anos num mesmo plano.....	74
5.1.6 Dispositivos mínimos obrigatórios em todos os contratos.....	75
5.1.7 Relevância da rede assistencial vinculado aos planos/seguro de saúde.....	76
5.1.8 Compromisso dos prestadores de serviço vinculados às operadoras/seguradoras.....	76
5.1.9 Manutenção da assistência a aposentados e demitidos.....	77
5.1.10 Garantia de acomodação em leito hospitalar.....	78
5.1.11 Obrigatoriedade de atendimentos de urgência e emergência.....	78
5.1.12 Regulamentação da alegação de doenças ou lesões preexistentes.....	80
5.1.13 Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS.....	81
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>93</b>

## RESUMO

O presente estudo tem por objeto os contratos de seguros e planos privados de assistência à saúde, sob o enfoque de sua natureza contratual e a tutela do Código de Defesa do Consumidor. Inicialmente, demonstra-se que a percepção da doutrina tradicional, segundo a qual os conceitos jurídicos e a própria dogmática seriam imutáveis, vem perdendo força e prestígio, em prol de um intervencionismo cada vez maior do Estado. Explicita-se a aplicabilidade do Direito dos Consumidores, bem como incursiona-se no princípio da boa-fé e seus deveres anexos. Em seguida, procede-se à análise das cláusulas abusivas e limitativas nos contratos de consumo. Comenta-se, brevemente, a evolução história das seguradoras e das operadoras de medicina de grupo. Ao final, tece-se considerações sobre a legislação aplicável especificamente aos contratos de assistência à saúde, destacando seus aspectos mais polêmicos e inovadores.



## INTRODUÇÃO

A escolha do tema teve como perspectiva avaliar aspectos críticos da Lei n.º 9.656/98, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde, bem como contribuir com o esforço de conscientização, esclarecimento e fortalecimento das partes contratantes.

A assistência privada à saúde no Brasil, através dos seguros e dos planos privados de assistência à saúde, é tema de extremo interesse no Direito contemporâneo, uma vez que representa a complementação do dever estatal de garantia à saúde previsto na atual Constituição Federal.

Traça-se um paralelo entre as alterações ocorridas na sociedade e o instrumento do contrato, aprofundando a questão pertinente à função social, onde a vontade deixa de fazer parte do núcleo central das relações contratuais, abrindo espaço para o intervencionismo de um Estado que prioriza o interesse social, em virtude de sua posição solidária.

Essas considerações levam a cotejar o Código de Defesa do Consumidor, analisando os contratos de adesão e as cláusulas gerais e verificando as vantagens e os inconvenientes destes contratos de massa, demonstrando a vulnerabilidade das partes contratantes, bem como da aplicação dos princípios fundamentais para o equilíbrio contratual que torna-se efetivo através da transparência, honestidade, oportunidade e simplicidade do texto contratual, para que o consumidor/segurado possa entender os seus reais direitos e obrigações e, principalmente, para que as expectativas geradas pelo contrato sejam completamente sanadas.

Em função da amplitude da matéria dos princípios, não há a pretensão de saná-la, tendo por escopo apenas uma simples noção do princípio da boa-fé contratual objetiva e do princípio da transparência, fazendo uma pequena abordagem da questão das nulidades.

O presente estudo não visou à análise amíúde dos aspectos de responsabilidade civil das seguradoras e operadoras de planos de saúde, mas sim, almejou discutir a natureza jurídica dos contratos de assistência privada à saúde e seus aspectos relevantes, sob a tutela do Código de Defesa do Consumidor, sem olvidar de explicar, mesmo que de forma menos minuciosa, questões atinentes ao sistema de assistência à saúde em si, à sua formação e à sua evolução.

Após esta breve abordagem, segue-se uma análise dos seguros e planos de saúde no que tange à Lei n.º 9.656/98, desde críticas à sua regulamentação, em virtude da morosidade da edição, incluindo também as principais mudanças trazidas com esta nova legislação.

O referencial teórico usado foi diversificado, apesar de parco quanto à matéria específica de seguro e de plano privados de assistência à saúde. Encontram-se poucas obras específicas editadas a respeito, mormente abordando seu aspecto contratual, sob enfoque no presente estudo.

Destarte, para implementação e concretização do presente trabalho discorreu-se em cinco capítulos, tentando manter-se em foco o tema proposto.

# 1. FASES HISTÓRICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E SUAS REPERCUSSÕES NAS RELAÇÕES CONTRATUAIS

## 1.1. MASSIFICAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS

O contrato representa o instrumento pelo qual se constituem, modificam ou extinguem obrigações de natureza patrimonial, nascido da necessidade de regular as relações individuais, de lhes impor segurança e certeza. Sua gênese remonta à Antiguidade, aos tempos remotos em que outros sistemas correlatos, como o de trocas, foram desenvolvidos como forma de incentivar a circulação de riquezas e bens, indispensável à própria existência humana. No início, através do sistema de trocas, de onde surgiu a idéia de paridade na atividade contratual, posteriormente, os negócios impulsionados pelo surgimento da moeda, de forma que se consolidou o mercado de consumo, evoluindo e acompanhando as necessidades sociais, principalmente no que tange a sua regulamentação.

As relações de consumo, tal como qualquer fenômeno social, impuseram a necessidade de regulamentação jurídica e, por terem se manifestado de modo mais incisivo quando do apogeu do liberalismo, ocasião em que se tinha por paradigma a liberdade dos indivíduos quando do estabelecimento de relações de cunho negocial, passaram a ser regidas pelas idéias contratuais então em desenvolvimento, alicerçadas num ideal de autonomia da vontade e obrigatoriedade do vínculo, advindo da clássica teoria dos contratos, cuja origem remonta ao direito canônico, tem raízes no direito natural, encontra explicação nas teorias políticas afloradas na Revolução Francesa, alicerça-se no liberalismo e nas suas teorias econômicas

Tais sistemas não se apresentavam suficientes à finalidade que os fez surgir, a humanidade evolui e com ela as suas estruturas de organização; no dizer de Clóvis Beviláqua<sup>1</sup>:

*"foi preciso achar caminhos, por onde se pudesse salvar a sociabilidade, condição essencial para a vida humana. Quem diz vida humana diz, implicitamente,*

---

<sup>1</sup> Direito das Obrigações, 3ª ed., Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1931, p.160.

*coexistência social. Entre os diversos factores, que concorreram para esse resultado, occupa lugar saliente o contracto, ou, se preferirem, o commercio, na sua acepção mais lata do que a que lhe é comumente assignada em direito (...)"*.

No apogeu do individualismo, a teoria dos contratos adquire seus contornos, atendendo a imperativo exigido pela ordem econômica, que requeria expediente hábil e seguro a propulsionar a circulação de riquezas. A concepção de equanimidade das partes fez sólida a idéia de que a manifestação de vontade destas era o suficiente para construir a avença e torná-la obrigatória. O indivíduo era onipotente, contratava com quem quisesse sobre o que bem entendesse; a ele cabia ditar o conteúdo do ajuste, sua forma de celebração, de cumprimento. Ao Estado não cabia a interferência nos negócios de natureza particular, ou seja, apenas garantidor das regras do jogo, que seriam estipuladas pelos contratantes na livre manifestação de vontade – *pacta sunt servanda* – em sua mais pura idealização.

Uma vez dada a palavra, assumido o compromisso, obrigatório restava o vínculo em toda a sua extensão. O contrato se faz lei entre as partes. A manifestação de vontade submete os contraentes às obrigações assumidas. A obrigatoriedade é colocada como elemento essencial à validade e segurança dos contratos, como garante da estabilidade das relações negociais privadas. Trata-se da força obrigatória dos contratos, denominado princípio do *pacta sunt servanda*.

O indivíduo é livre, autônomo para contratar. Uma vez contratando, resta obrigado aos termos do ajuste. O liame entre a autonomia da vontade e a obrigatoriedade é feito pelo consenso. O particular livre manifesta sua vontade através do consenso e resta obrigado pelo negócio jurídico celebrado. É o consensualismo.

Não se há de negar que os liberais apregoavam toda essa teoria crendo que na celebração dos ajustes as partes estavam em pé de igualdade e prezariam sempre pela boa-fé na formação daqueles. É o princípio da boa-fé, alicerce de todo o sistema contratual e denunciante primeiro de sua falência enquanto bandeira do liberalismo irrestrito.

Passaram-se os séculos, vários movimentos sociais, políticos e econômicos foram deflagrados, os mercados desenvolveram-se e deram espaço à percepção do surgimento de um mercado diferenciado do total das relações negociais, até então consideradas em sua generalidade: o mercado de consumo. Com o final da Segunda Grande Guerra e surgimento das grandes potências mundiais, EUA e URSS; com a consolidação do mundo polarizado e a intensificação da Guerra Fria, o capitalismo desenvolveu-se alcançando sua plenitude com a derrocada da economia planejada soviética. As relações negociais incrementaram-se e especializaram-se, as relações de consumo se diferenciaram nesse contexto, passando a requerer uma regulamentação que atendesse às suas peculiaridades.

Emerge a preocupação com a teoria dos contratos tal como desenvolvida à época do ideal liberal. A impulsão nos negócios e crescimento exacerbado do consumo, propiciada pelo capitalismo aflorante em todos os meios, agora com a derrocada do socialismo e a dissolução do bloco soviético dá lugar à aplicação de uma nova exegese à tradicional teoria contratual, passando-se a questionar quais os reais limites dos até então inatacáveis princípios da autonomia da vontade e da obrigatoriedade (*pacta sunt servanda*).

As relações de consumo passaram a ser alvo de um novo enfoque, este voltado para a percepção das particularidades atinentes a essa seara da contratação, consistentes, principalmente, no desequilíbrio natural existente entre as partes contratantes, deflagradores de um pólo hipossuficiente em detrimento de um hipersuficiente.

Passa-se a perceber uma inadequação entre o conceito clássico de contrato e a realidade do século XX.

Destaca-se o neoliberalismo, modelo que vem sendo adotado a partir dos anos 80, nos países ocidentais e que tem como característica primordial o afastamento do Estado em relação à gestão de diversos setores da economia. Diferencia-se do Liberalismo clássico quanto à circulação internacional de bens e capitais. Neste modelo há a preocupação em se formar blocos econômicos que sob

a justificativa de maior facilidade na circulação da produção cria verdadeiras fortalezas protecionistas em torno das economias mais fortes.

Podemos considerar como inauguradores do modelo neoliberal os governos de Margareth Thatcher e Ronald Reagan no início dos anos 80, quando ocorrem profundos cortes de investimentos sociais, internamente, e percebe-se uma grande preocupação com a formação de blocos econômicos que ajudem a suprimir gastos com a circulação de produtos e capitais. No entanto, os setores estratégicos da economias norte-americana e inglesa continuam sob protecionismo.

Já no Brasil, os diversos choques heterodoxos da segunda metade dos anos 80 e mesmo um programa de perfil mais nitidamente neoliberal como o de Fernando Collor em 1990, acabaram por ser boicotados por um empresariado resistente a ingerências que vinham interromper abruptamente uma lógica de acumulação típica de conjunturas fortemente inflacionárias, montada na rapinagem financeira de curto prazo. Seja como for, é mais comum que o grande empresariado - com maior poder de barganha e menos sensível aos efeitos de políticas recessivas de curto prazo - identifique-se diretamente com os interesses de longo prazo do capital financeiro transnacional, enquanto que o pequeno empresariado esteja mais preocupado com a situação do mercado interno a curto prazo e, portanto, menos satisfeito com a implementação de políticas monetaristas ortodoxas.

Vale apontar, entre as funções do neoliberalismo, a restrição do papel do Estado na garantia dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais e a de privatização das empresas públicas para favorecer o mercado. Também foi dada ênfase ao mecanismo neoliberal de transformar os cidadãos em simples consumidores, envolvidos numa cultura padronizada e submetidos a valores distantes da sua própria realidade. Valores impostos, que são difundidos, principalmente, pelos meios de comunicação, pela educação e políticas culturais oficiais.

A luta contra o neoliberalismo é, ao mesmo tempo, uma luta contra o próprio capitalismo como sistema de exploração e dominação social.

As mudanças no sistema de produção, tanto do ponto de vista tecnológico, como do administrativo e do social, provocaram a revisão do papel do Estado, assegurador do bem-estar. O fenômeno de concentração empresarial, que marcou o século XX, fez surgir a questão da proteção do consumidor, reclamando novas formas de intervenção no domínio econômico, a exemplo do que sucedera com as relações trabalhistas. Como consequência deste processo de reorganização social e econômica, a própria função do ordenamento jurídico sofreu transformações, passando do Estado liberal para o Estado assistencial, mudam também as funções do direito. O ordenamento jurídico, que até então desempenhava uma função eminentemente repressiva, passa cada vez mais a estimular e a dirigir os comportamentos dos indivíduos e a estimular as condutas socialmente desejáveis.

O fortalecimento do consumo em massa da sociedade, caracterizada por um número crescente de produtos e serviços, pelo domínio do crédito e do marketing, traz à tona a impossibilidade de integrar os princípios e normas contratuais tradicionais com o novo contexto de contratação em voga na sociedade de consumo. A percepção de que a paridade não pode ser presumida nessas relações, como o era na contratação tradicional, fez surgir a nova concepção social do contrato, pela qual não importa apenas a manifestação de vontade das partes, mas também os efeitos do contrato na sociedade.

Fernando Noronha, na obra *O Direito dos Contratos e seus Princípios Fundamentais (autonomia privada, boa-fé, justiça contratual)*<sup>2</sup>, entende que “... *hoje existem duas concepções a respeito do Direito dos Contratos: uma, a que se poderia chamar de clássica, ou liberal, e outra, a que se poderia ser denominada de moderna ou social.*”

Com a prevalência dos interesses públicos sobre os privados, deu-se início a uma transformação onde, normas imperativas passaram a regular algumas avenças, surgindo daí os contratos de consumo. A própria Constituição Federal, com o intuito de assegurar a dignidade a todos, prevê em seu artigo 170 a proteção econômica aos menos favorecidos, valorizando o trabalho humano e assegurando existência

---

<sup>2</sup> P. 41.

digna a todos, seguindo vários princípios, entre eles a proteção ao consumidor. Vale lembrar que na época liberal, apesar de o Estado não intervir nas relações contratuais, já havia a possibilidade de o devedor defender-se das obrigações em que não havia manifestado a sua vontade. O Código de Defesa do Consumidor é claro quando especifica que todos os contratos devem ser revistos quando tornarem-se excessivamente onerosos, e ainda, que as cláusulas abusivas devem ser desconsideradas pelo consumidor.

São esses aspectos que marcaram o nascimento e desenvolvimento do direito de defesa do consumidor como disciplina jurídica autônoma. Diante da necessidade de fazer valer o predisposto na doutrina dos contratos acerca da sua finalidade, qual seja, a de sopesar as relações fornecendo ordem e segurança às práticas econômicas, eclode um ordenamento destinado a reger todos os aspectos da relação de consumo, consolidando deveres e obrigações de ambos os sujeitos do vínculo criador do liame obrigacional (credor/devedor - fornecedor/consumidor), do modo a torná-la dinâmica e justa: o Código de Proteção e Defesa do Consumidor – Lei 8.078/90.

Em busca do equilíbrio, a lei limita a autonomia da vontade, sendo suplantada a hegemonia desta em função do interesse social. Permanecem os conceitos tradicionais, todavia normas imperativas regulam as relações regidas pelo Código de Defesa do Consumidor. Contratar continua sendo um ato de autonomia privada, todavia realizado conforme disposições legais, as quais passam a impor uma atuação racional, medida, refletida, tendo em vista a posição do outro pólo da relação contratual.

Verifica-se um embate entre a equidade, a segurança, a boa-fé e a autonomia volitiva irrestrita, optando-se, na linha da nova teoria contratual, por se definir uma noção de equilíbrio mínimo, valorizando-se o sinalagma, a justa proporcionalidade, a comutatividade inerente à própria atividade contratual de consumo.

A intervenção do Estado na seara das relações individuais encontrou muitos percalços e barreiras, todavia, frente a sociedade de consumo de massa e suas



peculiaridades, concluiu-se a necessidade de um parcial cerceamento da liberdade dos contraentes, o que veio a reduzir a até então irrestrita aplicabilidade dos basilares princípios da liberdade e da autonomia das partes no ato da contratação. Delinearam-se, pois, os contornos de uma teoria contratual mais condizente com a nova realidade insurgente, alicerçada ainda na principiologia da teoria contratual tradicional, todavia com um enfoque hermenêutico e exegético voltado para o real estabelecimento de uma igualdade entre os contratantes, consumidor e fornecedor, equilibrando os elementos das já reconhecidas hipo e hipersuficiência desses.

Assim se reporta Carlos Alberto Bittar<sup>3</sup>, acerca do conceito atual do contrato, afirmando que:

*"isso tudo significa que, mesmo com as ingerências referidas e à luz das relações particulares citadas, persiste sendo o contrato, estrutural e funcionalmente, conceito real e útil no plano jurídico, pois preenche, em matéria de obrigações, uma das fontes reconhecidas desde os tempos primitivos, em razão da própria natureza humana e do sentido dos ajustes negociais (...) com isso, permanece intacta a essência do conceito, cabendo a liberdade de vinculação, de regra, a definitiva inserção da parte em qualquer negociação privada, com as ressalvas indicadas, que não lhe retiram, no entanto, a existência e a influência no plano obrigacional, mesmo nos casos de simples adesão"*

Nessa interpretação o intervencionismo, desde que na medida das necessidades que se venham a conflagrar e sendo guiado sempre pela razoabilidade de preservação das características imanentes à contratação, não compromete o negócio enquanto expressão da vontade de dois particulares que se manifestam pela formação de um vínculo obrigacional envolvendo caracteres patrimoniais; trata-se de meio de fazer valer efetiva e paritariamente tal manifestação de vontades.

As novas técnicas de contratação, rápidas, uniformes e massificadas, puseram fim à liberdade contratual, em seu sentido nuclear, ou seja, a liberdade de negociar o conteúdo do contrato. O intervencionismo não procura afastar a noção de liberdade contratual, como poder das partes tendente a regular a relação entre elas, procura sim garanti-la, preservando a principal função do contrato, qual seja,

---

<sup>3</sup> Direito dos Contratos e Atos Unilaterais, p. 42.

instrumento de segurança das expectativas. O caminho, portanto, não é a decretação da "morte do contrato" mas a busca de uma nova teoria, onde a lei protege e legitima o vínculo, conhecendo a desigualdade entre os contratantes, de forma a se alcançar a justiça contratual. Embora a defesa do anacronismo e insuficiência da teoria contratual clássica possa parecer, à primeira vista, despicienda, vez que há absoluto consenso entre os tratadistas, sendo o tema objeto de grande produção doutrinária, não resta dúvida de que os pilares nos quais se sustenta não foram completamente removidos.

Face a essas inúmeras transformações sociais e econômicas, o contrato tradicionalmente paritário, individual, passa a ser, em sua grande maioria despersonalizado. Com a standardização das relações de consumo não há mais a possibilidade de discutir as cláusulas contratuais, restando ao consumidor uma autonomia aparente.

As cláusulas contratuais são predispostas unilateralmente mediante a elaboração de esquemas uniformes, que se repetem em todos os contratos celebrados pela empresa. Tais contratos suprimem as negociações prévias, cabendo ao aderente aceitar ou recusar em bloco o regulamento contratual que lhe é apresentado.

## **1.2. VULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR**

O direito do consumidor tem por intuito realçar a proteção da pessoa do consumidor. A partir das décadas de 50 e 60 houve uma sofisticação de produtos e métodos de produção, advindas do surgimento das macroempresas, transparecendo a vulnerabilidade do consumidor.

O artigo 4º do Código de Defesa do Consumidor<sup>4</sup>, Lei n.º 8.078/90, é de extrema importância para a defesa do consumidor, pois denota uma série de

---

<sup>4</sup> Art. 4º do CDC: "A Política Nacional de Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de

princípios, dentre os quais o da vulnerabilidade do consumidor, que pode ser considerado como basilar e conseqüente de todos os outros princípios informadores do sistema consubstanciado no CDC.

Tereza Arruda Alvim<sup>5</sup>, enfatiza a diferença entre vulnerabilidade e hipossuficiência, explicando que:

*a vulnerabilidade do consumidor não se confunde com a hipossuficiência que é característica restrita aos consumidores que além de presumivelmente vulneráveis, vêem-se agravados nessa situação por sua individual condição de carência cultural, material ou, como ocorre com freqüência, ambas. (...) a vulnerabilidade do consumidor é incidível do contexto das relações de consumo e independe de seu grau cultural ou econômico, não admitindo prova em contrário, por não se tratar de mera presunção legal. É, a vulnerabilidade, qualidade intrínseca, ingênita, peculiar, imanente e indissociável de todos que se colocam na posição de consumidor, em face do conceito legal, pouco importando sua condição social, cultural ou econômica, quer se trate de consumidor-pessoa jurídica ou consumidor-pessoa física."*

Conclui-se que, no âmbito processual, a hipossuficiência está relacionada a cada pessoa individualmente e não a todos os consumidores, embora possa estar direcionada a uma coletividade. A vulnerabilidade, por sua vez, é qualidade intrínseca, peculiar e indissociável de todos que se colocam na posição de consumidor, ou seja, é uma marca universal de todos os consumidores, independente da condição sócio-econômica deste indivíduo.

Segundo Newton de Lucca<sup>6</sup>, existem três princípios relevantes que devem ser observados atentamente:

*"Os princípios propriamente ditos seriam o reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor (inciso I); a harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170, Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores (inciso III) e, como terceiro princípio, a coibição e repressão eficientes de todos os abusos praticados no mercado de consumo, inclusive a concorrência desleal a utilização*

---

consumo, atendidos os seguintes princípios: (...) III - harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo e compatibilização da proteção do consumidor com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, de modo a viabilizar os princípios nos quais se funda a ordem econômica (art. 170 da Constituição Federal), sempre com base na boa-fé e equilíbrio nas relações entre consumidores e fornecedores"

<sup>5</sup> Código do Consumidor Comentado, p. 45, nota 7.

<sup>6</sup> Direito do Consumidor, Aspectos Práticos – Perguntas e Respostas, p. 42-43.

*indevida de inventos e criações industriais das marcas e nomes comerciais e signos distintivos, que possam causar prejuízo aos consumidores (inc. VI).”*

O princípio da vulnerabilidade está ligado ao princípio da publicidade, pois esta, quando enganosa e/ou abusiva, é extremamente nociva ao consumidor.

Ainda, acerca da importância destes princípios, o ilustre jurista acima citado comenta que *“O universo jurídico é composto por normas. Estas podem ser simples regras ou verdadeiros princípios. Esses últimos afastarão a aplicação das primeiras se tal procedimento contrariar o seu conteúdo fundamental.”*<sup>7</sup>

Os princípios se adequam à realidade social, por isso, o fato de ser norma ou regra é irrelevante, o importante é o efeito que será empregado no princípio. Em suma, os princípios não decorrem da norma ou regra, estão a elas subjacentes.

Faz ainda, uma reflexão ponderada a respeito de informações desvirtuadas que atingem os consumidores em geral, ao afirmar que:

*“Assim, fiquemos com a consideração inicial de que a publicidade tanto pode estar visceralmente ligada ao Direito – pense-se, por um instante, na publicação de uma lei para que dela todos tenham conhecimento – e, portanto, presumivelmente em favor da sociedade, como pode estar prestando um desserviço a essa mesma sociedade quando, por exemplo, veicula informações enganosas ou abusivas tendentes a provocar o ludíbrio do consumidor.”*<sup>8</sup>

A medida em que o consumidor é devidamente esclarecido a respeito do produto e/ou serviço, passa a ter o discernimento acerca do que é realmente de interesse. O que ocorre, na prática, é que o consumidor é seduzido por um enorme número de bens e serviços que prometem resultados que muitas vezes não correspondem com as expectativas. Vale ressaltar que o despreparo do consumidor faz com que ele muitas vezes consuma produtos e/ou serviços em função da publicidade apelativa, mesmo que estes não correspondam às suas necessidades reais.

---

<sup>7</sup>Op. Cit., p. 42.

<sup>8</sup> Ibidem, p. 46.

Destas lições, conclui-se que o princípio da vulnerabilidade deve estar intimamente ligado e agregado a qualquer tipo de relação entre fornecedor e consumidor.

### 1.3. A FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO

As modificações ocorridas na sociedade, bem como as mudanças políticas, que levaram do Estado Liberal para o Estado Social, e as econômicas, substituindo uma economia fundada na pequena empresa pela economia das grandes concentrações de capital, influenciaram as modificações no campo dos contratos, reduzindo o valor atribuído à liberdade, e aumentando a preocupação pela justiça e pela tutela da boa-fé. Houve, por assim dizer, uma socialização dos contratos, que deixaram de ser apenas instrumento de realização da autonomia privada, para desempenhar uma função social.

Como alude Enzo Roppo<sup>9</sup>, acerca do princípio da relatividade dos contratos, *o contrato muda a sua disciplina, as suas funções, a sua própria estrutura segundo o contexto econômico-social em que está inserido.*"

Destarte, cabe afirmar que no Estado social o interesse social passa a ser considerado fator mais importante que a própria vontade dos contratantes, ou seja:

*"a nova concepção de contrato é uma concepção social deste instrumento jurídico, para a qual não só o momento da manifestação da vontade (consenso) importa, mas onde também e principalmente os efeitos do contrato na sociedade serão levados em conta e onde a condição social e econômica das pessoas nele envolvidas ganha em importância."*<sup>10</sup>

Por meio de um intervencionismo cada vez maior do Estado, o interesse social passa a ser considerado elemento principal, deixando um pouco de lado a vontade dos contratantes. Com essa mudança de comportamento, visa-se uma lei

---

<sup>9</sup> O Contrato, p. 24.

<sup>10</sup> Cláudia Lima Marques, Contratos no Código de Defesa do Consumidor, p. 175.

cada vez mais concreta para resolver objetivamente os problemas da sociedade e, assim, atingir o equilíbrio contratual tão almejado por todos.<sup>11</sup>

O princípio da função social determina que os interesses individuais das partes do contrato sejam exercidos em conformidade com os interesses sociais, sempre que estes se apresentem. Não pode haver conflito entre eles pois os interesses sociais são prevaletentes. Qualquer contrato repercute no ambiente social, ao promover peculiar e determinado ordenamento de conduta e ao ampliar o tráfico jurídico.

Para Miguel Reale<sup>12</sup>, o contrato nasce de uma ambivalência, de uma correlação essencial entre o valor do indivíduo e o valor da coletividade. *"O contrato é um elo que, de um lado, põe o valor do indivíduo como aquele que o cria, mas, de outro lado, estabelece a sociedade como o lugar onde o contrato vai ser executado e onde vai receber uma razão de equilíbrio e medida (...)".*

Desta forma, busca-se proteger os interesses sociais dos cidadãos, respeitando e valorizando a confiança e as expectativas depositadas no ato negocial, tendo como princípio elementar a boa-fé objetiva dos contratantes.

O princípio da boa-fé, será melhor abordado no Capítulo Terceiro do presente trabalho, visa atingir a segurança das relações contratuais, não só na fase pré-contratual, mas também na execução do contrato.

Cláudia Lima Marques, explica que a teoria da confiança pretende ressaltar a vontade declarada ao invés da vontade interna, em prol de uma maior segurança ao consumidor e da certeza nas relações de consumo. *"A lei passará a proteger determinados interesses sociais, valorizando a confiança depositada no vínculo, as expectativas e a boa-fé das partes contraentes."*<sup>13</sup>

Vale a pena ressaltar mais um trecho da sua obra:

---

<sup>11</sup> Op. Cit., p. 179.

<sup>12</sup> O projeto do Código Civil: situação atual e seus problemas fundamentais, São Paulo: Saraiva, 1986, p. 10.

<sup>13</sup> Ibidem, p. 175.

*na concepção clássica de Savigny a vontade interna deveria prevalecer sobre a vontade declarada, vamos observar, quando da renovação da teoria contratual, que a preferência recairá sobre a vontade declarada e a aparência de vontade, na chamada Teoria da Confiança. Enquanto, a Wilenstheorie de Savigny valoriza o dogma da vontade, como criadora e legitimadora do vínculo, peca por desconsiderar a necessidade de segurança das relações jurídicas. (...)<sup>14</sup>*

Do anteriormente exposto, mostra-se evidente a importância da publicação do Código de Defesa do Consumidor, pois *“O direito dos contratos socializados redescobre o papel da lei, que não será mais meramente interpretativa ou supletiva, mas cogente (veja art. 1º do CDC). A lei protegerá determinados interesses sociais e servirá como instrumento limitador do poder da vontade.”<sup>15</sup>*

As considerações acerca do CDC são de suma importância, porém, para tratar da função social do contrato de maneira adequada, é necessário enfatizar o papel fundamental da Constituição Federal<sup>16</sup>:

*eis que seu perfil social impôs a funcionalização da propriedade privada, conforme artigos 5º, inc. XXIII e 170, inc. III, em condicionamento à postura do sujeito proprietário, na mesma ordem que coloca em salvaguarda o ‘direito de propriedade’, aliás reputado como fundamental ou de personalidade (CR, art. 5º, inc. XXII), e enquanto de interesse geral para a ordem econômica do país (art. 170, inc. II).” “que altera radicalmente a ordem jurídica, abandonando o modelo liberal em favor de um Estado social.”<sup>17</sup>*

*“Funcionalizar, na perspectiva da Carta de 1988, significa oxigenar as bases (estruturas) fundamentais do Direito com elementos externos à sua própria ciência. Sociologia, filosofia, economia, antropologia, biologia, psicanálise, história e especialmente a ética, acabam, nesse prisma interdisciplinar, se relevando como instrumentos de análise do Direito em face de sua função, com o objetivo de atender às respostas da sociedade, em favor de uma ordem jurídica e social mais justa. É romper com a auto-suficiência do Direito, hermético em sua estrutura e tecnicismo, outrora mais preocupado com os aspectos formais das regras, do princípio e do instituto, que com sua eficácia social. Por isso, a função perseguida é a social. (...) São amplas e, logo, imprecisas as bases conceituais da função social do contrato, ora amarradas à cláusula geral de solidariedade, ora à quebra do individualismo, tendo em vista a igualdade substancial, ora à tutela da confiança dos interesses (sic) envolvidos e do equilíbrio das parcelas do contrato. A falta de unidade científica na definição e caracterização é natural para o estágio de desenvolvimento do tema, ao menos no Brasil, impulsionado que foi, recentemente, pela Carta de 1988, com a expressa funcionalização da propriedade. Mas os valores constitucionais e princípios infraconstitucionais privados, dos quais destaco a solidariedade (valor) e a boa-fé*

<sup>14</sup> Ibidem, p. 177.

<sup>15</sup> Ibidem, p. 178.

<sup>16</sup> Paulo Nalin. Do Contrato: conceito pós-moderno (em busca de sua formulação na perspectiva civil-constitucional), p. 216.

<sup>17</sup> Gustavo Tepedino. Temas de Direito Civil, p. 203.

*objetiva (princípio), o segundo fundado no primeiro, mostram-se como a melhor âncora teórica para se descrever a função social do contrato.<sup>18</sup>*

Com exceção da justiça social, a Constituição não se refere explicitamente à função social do contrato. Fê-lo em relação à propriedade, em várias passagens, como no art.170, quando condicionou o exercício da atividade econômica à observância do *princípio da função social da propriedade*. A propriedade é o segmento estático da atividade econômica, enquanto o contrato é seu segmento dinâmico. Assim, a função social da propriedade afeta necessariamente o contrato, como instrumento que a faz circular.

Tampouco o Código de Defesa do Consumidor o explicitou, mas não havia necessidade porquanto ele é a própria regulamentação da função social do contrato nas relações de consumo.

No novo Código Civil a função social surge relacionada à "liberdade de contratar", como seu limite fundamental. A liberdade de contratar, ou autonomia privada, consistiu na expressão mais aguda do individualismo jurídico, entendida por muitos como o toque de especificidade do direito privado. São dois princípios antagônicos que exigem aplicação harmônica. No Código a função social não é simples limite externo ou negativo mas limite positivo, além de determinação do conteúdo da liberdade de contratar. Esse é o sentido que decorre dos termos "exercida em razão e nos limites da função social do contrato" (art. 421), buscando, assim, um novo direito social e como tal, uma função social do contrato, em oposição aos princípios patrimonialista e individualista do Código Civil de 1916.

Antonio Junqueira de Azevedo, esclarece que:

*"função social do contrato, assegurada na Constituição constitui-se em preceito destinado a integrar os contratos numa ordem social harmônica, visando impedir tanto aqueles que prejudiquem a coletividade (contratos contra o consumidor) quanto os que prejudiquem ilicitamente pessoas determinadas..."<sup>19</sup>*

---

<sup>18</sup> Paulo Nalin, Op. Cit., p. 217.

<sup>19</sup> Parecer em RT 750, p. 116, abr. 1998.



É notório que está havendo uma sensível mudança no país no que tange a conscientização da população e que o Estado está gradativamente intervindo e aplicando os princípios da Constituição Federal e do Código de Defesa do Consumidor de forma genérica nas relações contratuais.

Conclui-se que a função social do contrato não foi instituída pelo novo Código Civil, apesar de que tão-somente nele aparece expressamente, nem é privativa dos contratos, vez que *“a idéia de função do contrato está claramente determinada pela Constituição, ao fixar como um dos fundamentos da República o valor social da livre iniciativa (art. 1º, inc. IV); ”*<sup>20</sup>

Acrescenta-se a esse ponto vista o parecer do jurista Miguel Reale: *“O reconhecimento da função social do contrato é mero corolário dos imperativos constitucionais relativos à função da propriedade e à justiça que deve presidir à ordem econômica.”*<sup>21</sup>

Esclarecendo Antonio Junqueira de Azevedo que:

*“A idéia de ‘função social do contrato’ está claramente determinada pela Constituição, ao fixar, como um dos fundamentos da República, ‘o valor social da livre iniciativa’ (art. 1º, IV), essa disposição impõe, ao jurista, a proibição de ver o contrato como um átomo, algo que somente interessa às partes, desvinculado de tudo o mais. O contrato, qualquer contrato, tem importância para toda a sociedade e essa asserção, por força da Constituição, faz parte, hoje, do ordenamento positivo brasileiro – de resto, o art. 170, caput, da Constituição da República, de novo, salienta o valor geral, para a ordem econômica da livre iniciativa (...). No direito brasileiro, o status constitucional da função social do contrato veio tornar mais claro, reforçar, o que, em nível da legislação ordinária, já estava consagrado como comportamento a seguir, pelos terceiros, diante do contrato vigorante entre as partes. Esse dever de respeito já existia por força do art. 159 do Código Civil, preceito que constitui verdadeira “cláusula geral” no nosso sistema – e que é tanto mais forte, na exigência de um comportamento socialmente adequado, quanto mais longa e conhecida e pública a duração do contrato, porque tudo isto agrava a culpa pelo desrespeito, como nos casos dos contratos de fornecimento. Também no direito estrangeiro esse comportamento é exigido...”* Princípios do novo direito contratual e desregulamentação do mercado – direito de exclusividade nas relações contratuais de fornecimento – função social do contrato e responsabilidade aquiliana do terceiro que contribui para o inadimplemento contratual.”<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Antonio Junqueira de Azevedo. Op. Cit., mesma página.

<sup>21</sup> Op. Cit., p. 32.

<sup>22</sup> Idem. A boa-fé na formação dos contratos. Revista da Faculdade de Direito USP, São Paulo, n.º 87, 1992, p. 79-90.

## **2.CONTRATOS NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR**

### **2.1. CONTRATO DE MASSA**

Consoante discutido em capítulo anterior, o sistema contratual sofreu e continua sofrendo sensíveis mudanças, e a nova realidade contratual concentra-se tanto na questão da função social do contrato e na substituição do princípio da autonomia da vontade, quando na observância da oferta em massa de serviços e produtos, resultado da transformação econômica da sociedade, que é norteadada pelo princípio da boa fé objetiva.

A massificação representa uma “despersonalização” da sociedade, que reflete no sistema contratual, representando um desafio ao direito para tutelar relações de forma a proteger o consumidor. Segundo Paulo Luiz Neto Lôbo<sup>1</sup>, as massas são entendidas como conjuntos nos quais o homem se revela como um ser anônimo e despersonalizado, sendo a necessidade de uniformização, a primeira e mais destacada consequência.

Atualmente, são mais de 35 milhões de usuários de seguros e planos de saúde, que não são tratados, por óbvio, individualmente, mas sim de forma massificada. Como a sociedade de consumo, sobretudo na área de assistência privada à saúde, está sofrendo um crescimento vertiginoso, a consequência é a contratação em massa, que exige celeridade e contratos padronizados, a qual se concretiza através de contratos de adesão.

### **2.2. CONTRATO DE ADESÃO**

O contrato de adesão é negócio jurídico no qual a participação de um dos sujeitos da relação sucede pela aceitação em bloco de uma série de cláusulas formuladas antecipadamente, de modo geral e abstrato, pela outra parte, para

constituir o conteúdo normativo e obrigacional de futuras relações concretas. Caracteriza-se tais cláusulas pela generalidade, uniformidade e abstratividade, repetindo-se, sem se exaurirem, em todos os contratos dos quais sejam o conteúdo normativo e obrigacional.

Caracteriza-se, ainda, por permitir que seu conteúdo seja preconstituído por uma das partes, eliminada a livre discussão que precede normalmente à formação dos contratos<sup>2</sup>, visto que inexistente a fase de tratativas preliminares, que nas demais modalidades de contrato tem como objetivo estabelecer as vantagens e desvantagens em condições de igualdade a serem traduzidas nas cláusulas contratuais, não admite negociações preliminares nem modificação em suas cláusulas preestabelecidas.

Assim, existe, de um lado, as condições gerais do contrato, preestabelecidas pelo fornecedor, uniformes para todo e qualquer eventual interessado e, de outro lado, um consumidor de produtos ou serviços que deles necessita e que nada mais terá de fazer senão aderir às condições apresentadas se quiser contratar, ou seja, o aderente não tem a possibilidade de discutir as cláusulas, até mesmo as que lhe sejam desfavoráveis, limitando a sua vontade apenas ao interesse genérico de contratar.

Raymond Saleilles, em 1901, no famoso trecho em *De la déclaration de volonté*<sup>3</sup>, Paris, quando da análise da parte geral do *Bürgerliches Gesetzbuch* (BGB) Código Civil alemão, foi o primeiro a dar-se conta da peculiaridade desses contratos, empregou provisoriamente o termo contrato de adesão, sem imaginar que transformar-se-ia em uma expressão extremamente utilizada:

*“Sem dúvidas, há contratos e contratos; e nós estamos longe na realidade desta unidade de tipo contratual que o direito supõe. Será bem necessário que cedo ou tarde o direito se incline diante das nuances e das divergências que as relações sociais fazem surgir. Há pretensos contratos que de contrato não têm senão o nome, e cuja construção jurídica resta por fazer; para os quais, em todo o caso, as regras de interpretação individual que vêm de ser descritas deveriam sofrer sem dúvida*

---

<sup>1</sup> Condições gerais dos contratos e cláusulas abusivas, p.12.

<sup>2</sup> Orlando Gomes. Contratos, p. 109.

<sup>3</sup> Raymond Saleilles. *De la déclaration de la volonté*. 1901. P.229-230, apud Custódio da Piedade Ubaldino Miranda. Contrato de Adesão. São Paulo. Editoras Atlas S/A, 2002, p.17.

*importantes modificações; não seria que por isso se poderia chamar-se-lhes, à falta de uma (expressão) melhor, contratos de adesão, nos quais há predominância exclusiva de uma só vontade, agindo como vontade unilateral, que dita a sua lei, não mais a um indivíduo, mas a uma coletividade indeterminada e que se compromete já antecipada e unilateralmente, salva a adesão dos que queriam aceitar a lei do contrato e de se apossarem desse compromisso já assumido?..."*

A aceitação em bloco de cláusulas preestabelecidas significa que o consentimento sucede por adesão, prevalecendo a vontade do predisponente que, na observação de Saleilles, dita a sua lei, não mais a um indivíduo, senão a uma coletividade indeterminada. Não importa, desse modo, que as cláusulas predeterminadas integrem, mediante incorporação ou remissão, o conteúdo de todos os contratos.

O primeiro dispositivo legal, no Brasil, que regulou o contrato de adesão foi o artigo 54, "caput", do Código de Defesa do Consumidor<sup>4</sup>, com base no qual a jurista e pesquisadora Cláudia Lima Marques, presidente do Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor, assevera que as cláusulas são preestabelecidas unilateralmente pelo parceiro contratual economicamente mais forte, ou seja, o fornecedor, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente o conteúdo do contrato, bem como há a possibilidade de o consumidor inserir cláusulas particulares no contrato de adesão e que a inclusão de tal cláusula particular não descaracteriza o contrato como de adesão, sendo também indiferente quem fez a última oferta, se o fornecedor ou o consumidor.<sup>5</sup> A interpretação destas cláusulas é feita de maneira geral contra o fornecedor.

Cláudia Lima Marques cita algumas características do contrato de adesão, quais sejam:

*"1) a sua pré-elaboração unilateral; 2) a sua oferta uniforme e de caráter geral, para um número ainda indeterminado de futuras relações contratuais; 3) seu modo de aceitação, onde o consentimento se dá por simples adesão à vontade manifestada pelo parceiro contratual economicamente mais forte."*<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Art. 54: "Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo. (...)"

<sup>5</sup> Op. Cit., p. 147-148.

<sup>6</sup> Ibidem, p. 60.

Há, portanto, dois momentos significativos no contrato de adesão. Primeiramente, o empresário formula o esquema contratual abstrato, redigindo as cláusulas das relações contratuais que pretende concluir uniformemente com pessoas indeterminadas.

No momento seguinte, o eventual cliente da empresa adere a esse esquema, travando-se entre os dois uma relação jurídica de caráter negocial, com direitos e obrigações correlatas, sem qualquer conexão jurídica com os outros vínculos que, do mesmo modo e com igual conteúdo, se formam com distintos sujeitos.

Determinar qual desses momentos ou aspectos é o mais importante, sob o ponto-de-vista dogmático, é questão de preferência em razão do que se considere ter maior originalidade. São, porém, necessários, tanto se podendo batizar o acordo com o nome do contrato de adesão como de condições gerais dos contratos.

Destinam-se as cláusulas gerais imutavelmente a constituir o conteúdo obrigacional dos contratos celebrados para o nascimento de prestações idênticas, mas exercem igualmente uma função normativa no sentido de que regulam inevitavelmente, de modo uniforme, a conduta das partes e os seus interesses no curso da relação, sem serem disposições legais.

A maioria dos contratos de consumo realiza-se por adesão, significando uma redução de custos, uma uniformidade de tratamento e uma racionalização contratual. Dentro do princípio capitalista, deve-se buscar o máximo de lucros com o mínimo de custos, e isso se aplica aos contratos de consumo, tendo em vista que seriam excessivamente onerosas as relações se em cada uma delas houvesse uma prévia deliberação.

A função do contrato de adesão é, portanto, agilizar os negócios jurídicos, democratizando as relações negociais, possibilitando que um maior número de contratantes tenha acesso aos bens, tendo uma função estreitamente relacionada à vida econômica e social.

Como visto, os contratos nas relações de consumo, principalmente os de adesão, largamente utilizados, não podem ser considerados como um assunto de interesse restrito e exclusivo das partes, uma vez que são do interesse de todos, pois todos estão potencialmente expostos a se sujeitar a eles. Assumem, então, uma feição coletiva que interessa à sociedade controlar.

No caso dos contratos de planos de assistência à saúde, incluindo o seguro saúde, entende-se que não se trata inteiramente de contrato de adesão, visto que há condições contratuais mínimas a serem seguidas, as quais são exigidas pela intervenção incondicional do Estado, através de regulamentos e normas fixadas pela Lei n.º 9.656/98 e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, como se verá adiante.

Todavia, o que não se pode e nem se deve perder de vista, os limites da proteção do consumidor deverão ser norteados sempre pela idéia que deve presidir à intervenção estatal, neste caso, que é a de estabelecer ou restabelecer, e tão-somente isso, o equilíbrio contratual entre as partes contratantes.

### **2.3. TERMINOLOGIA E DISTINÇÃO COM FIGURAS A FIM DO CONTRATO DE ADESÃO**

Diversas são as designações que têm sido dadas ao “contrato de adesão”. Esta expressão, imaginada por Saleilles e consagrada pela doutrina francesa, enfatiza apenas um dos lados da relação jurídica a que dá origem a essa forma de contratação, sem compreender a relação inteira. Ademais, a expressão *contratos de adesão* sugere a idéia de que se trata de mais um tipo contratual, suscetível assim de induzir ao erro de se imaginar que se trata de uma modalidade contratual com efeitos jurídicos próprios, casualmente ligados ao seu conteúdo, tais como nos contratos negociados.

Nesse ponto, importa ressaltar a explicação dada por Nelson Nery Júnior:<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Ada Pellegrine Grinover, et. al., Código de Defesa do Consumidor, p. 359-360

*“O contrato de adesão não é categoria contratual autônoma nem tipo contratual, mas somente técnica de formação do contrato, que pode ser aplicada a qualquer categoria de contrato, sempre que seja buscada a rapidez na conclusão do contrato, exigência das economias de escala.”*

Grande parte da doutrina, no continente europeu, com exclusão da França que entendeu mais adequada a denominação contrato de adesão, prefere a expressão *condições gerais do contrato*.

A doutrina germânica prefere a expressão *Allgemeinem Geschäftsbedingungen* e a italiana *Condizioni generali di contratto*, utilizando-se da expressão condições gerais dos contratos. Outros diplomas legislativos, como, por exemplo, Portugal traduziram-na como cláusulas gerais contratuais. Há ainda legislações que apenas enfatizaram as cláusulas abusivas. A lei inglesa, por sua vez, utiliza o termo *condições abusivas (unfair contract terms)* e o Código Civil Peruano, de 1984, denominou-a de *cláusulas generales de contatación*.

Quando da publicação do Código de Defesa do Consumidor de 1990, os doutrinadores brasileiros deram maior importância a esta questão, porém não chegaram a um consenso sobre a melhor denominação, utilizando os termos contrato de adesão, condições gerais do contrato e cláusulas gerais contratuais.

As condições gerais dos contratos são caracterizadas pela predisposição unilateral; pela generalidade e uniformidade; pela abstração; pela inalterabilidade; pela eficácia concreta dependente de integração, e pela adesão do contrato individual. Parte da doutrina cita, ainda, algumas características complementares, quais sejam: *“a complexidade técnica dos termos empregados; a difícil cognoscibilidade do conteúdo; a rapidez ou a instantaneidade das transações; e a necessidade de consumo dos destinatários.”*<sup>8</sup>

Como já foi mencionado, por meio do intervencionismo estatal houve uma sensível diminuição na autonomia do consumidor da relação contratual, que foi substituída gradativamente por contratos pré-redigidos, com cláusulas gerais.

---

<sup>8</sup> Paulo Luiz Neto Lôbo, op. cit., p. 27.

O poder empresarial é fator preponderante para o surgimento das cláusulas gerais, pois as decisões relevantes das grandes empresas influenciam as pequenas e médias empresas e, conseqüentemente, os cidadãos comuns.

O Estado deve intervir na estipulação das condições gerais dos contratos e no controle das cláusulas gerais em prol do equilíbrio das relações contratuais. Os regimes jurídicos dos contratos de adesão devem ser explicitados, distinguindo-se com clareza e disciplina das condições gerais e das cláusulas particulares negociadas. No controle dessas cláusulas deverá prevalecer a boa-fé e, se não for respeitado esse princípio, a cláusula deverá ser considerada abusiva e sem eficácia.

Na legislação pátria, a nomenclatura do contrato de adesão goza, sob influência da doutrina francesa, de maior aceitação. É possível conservá-la e convenientemente usá-la, uma vez se empregue no sentido limitado de aceitação inevitável de condições uniformes unilateralmente formuladas.

Vale a ressalva de que, em regra, os contratos de adesão são elaborados pelos fornecedores, muito embora haja a possibilidade da utilização dos contratos-tipo. Cláudia Lima Marques elucida que estes são “... *contratos oferecidos à adesão, cujo conteúdo deriva de recomendações ou imposições de associações profissionais.*” Destaca, ainda, que o termo contrato-tipo é utilizado praticamente como contrato de adesão.<sup>9</sup>

Alguns doutrinadores entendem que há diferença entre a denominação contrato de adesão e contrato por adesão. O primeiro estaria restrito aos casos de impossibilidade de rejeição às cláusulas uniformes preestabelecidas (estipulações unilaterais do poder público); o segundo, por sua vez, estaria relacionado às demais estipulações unilaterais, cujas cláusulas não sejam irrecusáveis pelo futuro aderente.<sup>10</sup>

Nelson Nery Júnior comenta a respeito da crítica que Orlando Gomes faz à nomenclatura do contrato de adesão, argumentando que o CDC conceituou este

---

<sup>9</sup> Op. Cit., p. 60.



tipo de contrato de forma ampla, abrangendo tanto o contrato de adesão quanto o contrato por adesão. *“Assim, tanto as estipulações unilaterais do poder público (‘aprovadas pela autoridade competente’, art. 54, caput, CDC) como as cláusulas redigidas prévia e unilateralmente por uma das partes estão incluídas no conceito legal de contrato de adesão.”*<sup>11</sup>

## 2.4. CLÁUSULAS ABUSIVAS

A figura das cláusulas abusivas está estreitamente relacionada com a generalização da sistemática contratual, decorrente do fenômeno da massificação, já comentado, eis que não são raras as inclusões de cláusulas abusivas por fornecedores nos contratos de adesão pactuados.

A Lei n.º 8.078/90, ao dispor sobre abusividades, a fez sob dois aspectos, relacionados entre si, quais sejam: as práticas abusivas, definidas no art. 39 e as cláusulas abusivas, estabelecidas no art. 51.

As práticas abusivas caracterizam-se por diversas condutas proibidas ao fornecedor de produtos e serviços e, no que tange aos planos ou seguros de saúde, interessa especificamente o inciso V, do art. 39 do CDC, que considera prática abusiva exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva. Para identificá-la, deve o intérprete valer-se da regra do § 1º do Art. 51, que trata da "desvantagem exagerada" em relação ao consumidor, ou seja, a que ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico, valendo dizer, a prática que esteja em desacordo com as finalidades fixadas na norma-objetivo do Art. 4º do CDC. Assim, caracteriza-se a "vantagem manifestamente excessiva" como a que é obtida por má-fé, por malícia, por subterfúgios, embotamento da verdade, publicidade enganosa, etc.

---

<sup>10</sup> Orlando Gomes, op. cit., p. 111.

<sup>11</sup> Ada Pellegrini Grinover, et. al., op. cit., p.359.

Em contrapartida, designa-se de cláusulas abusivas, nos contratos de adesão, o conjunto de vantagens excessivas ao predisponente, causando desmedida onerosidade ao consumidor aderente, gerando significativo desequilíbrio contratual.

O aderente, não tendo condições de discutir as cláusulas do contrato e de eventualmente rejeitar as que lhe são desfavoráveis, obrigar-se-ia a aceitá-las, se não fosse a intervenção do legislador que estabelece, nos diversos sistemas jurídicos, determinados mecanismos de proteção dos seus interesses.

Conforme o Eminentíssimo Professor e Desembargador Munir Karam<sup>12</sup>, as cláusulas abusivas apresentam três elementos em comum: (I) proliferam-se principalmente nos contratos de adesão; (II) visam a favorecer a parte contratante economicamente mais forte, (III) como consequência, acentuam a desigualdade entre as partes, provocando o desequilíbrio entre as prestações de cada uma delas.

A respeito das cláusulas abusivas, comenta Renata Mandelbaum:<sup>13</sup>:

*“Por serem consideradas abusivas, as cláusulas devem conter em suas estipulações vantagens econômicas, ou facilidades originadas pelo abuso do predisponente, tornando a negociação ainda mais onerosa ao consumidor, assim, podemos dizer que as cláusulas abusivas implicam em vantagem pecuniária, oriunda de uma inferioridade jurídica do aderente.”*

Ademais, as condições contratuais devem ser redigidas em termos claros, acessíveis a qualquer um, de molde a não criar embaraços à rápida compreensão das respectivas cláusulas, bem como não afrontar a boa-fé ou romper o equilíbrio entre as prestações de cada parte. Caso contrário, necessária a intervenção do Estado, por via legislativa, administrativa ou jurisprudencial, para proteger os interesses dos consumidores, tornando nulas as cláusulas dotadas de abusividade.

Na área da saúde, após o advento da Lei n.º 9.656/98, poder-se-ia cogitar a inaplicabilidade dos dispositivos do Código de Defesa do Consumidor à prestação de saúde nos moldes regulados. Esta suposição, todavia, mostra-se insustentável,

---

<sup>12</sup> Anais do VII Fórum Jurídico do Seguro Privado, p. 18.

<sup>13</sup> Contratos de Adesão e de Consumo, p. 208.

eis que o artigo 35-G, da referida Lei, expressamente estabelece que, aplicam-se subsidiariamente, aos contratos de planos de saúde as disposições da Lei n.º 8.078/90.

## **2.5. CLÁUSULAS LIMITATIVAS NO CONTRATO DE SEGURO**

No seguro, a apólice limita ou particulariza os riscos, para tanto faz-se necessário que as apólices dos contratos de seguro especifiquem com bastante clareza quais são os riscos assumidos pela seguradora, vez que a responsabilidade da seguradora limita-se aos riscos assumidos na apólice. No caso de os contratos determinarem somente a espécie do risco assumido, não especificando expressamente quais são os cobertos pelo seguro, culmina na inexistência do elemento essencial do contrato e assim, a doutrina tem entendido que a seguradora será responsável pela cobertura de todos os riscos peculiares resultantes ou conseqüentes àquela espécie, conforme os usos e costumes.

A seguradora, pode e deve restringir os riscos que pretende cobrir, não representando esta faculdade nenhum benefício extraordinário à ela, mas tão-somente uma necessidade da atividade que desempenha, devido a gravidade ou a extensão de certos riscos, caso fossem assumidos, viriam comprometer o equilíbrio da mutualidade.

A cláusula limitativa do risco é válida e eficaz, uma vez que restringe tão-somente as obrigações assumidas pela seguradora, não podendo ser coagida a assumir maior obrigação do que foi contratada.

O ilustre Professor e Desembargador Munir Karam leciona que a principal diferença entre as cláusulas: limitativa e abusiva, reside no fato de que a primeira visa a restringir a obrigação assumida pela seguradora, enquanto a segunda tem por finalidade obter vantagem sem causa, ou ainda excluir ou restringir a responsabilidade decorrente de uma obrigação assumida pelo legislador. Necessário observar que a obrigação é um dever jurídico advindo de um contrato,

no passo que a responsabilidade é um dever jurídico sucessivo, decorrente da violação de uma obrigação.<sup>14</sup>

No seguro de saúde, muitas cláusulas que passaram a ser vedadas pela nova lei que regulamentou os planos de saúde já vinham sendo consideradas abusivas pelo Judiciário, por exemplo, a cláusula que limitava os dias de internação. Se a doença tem cobertura contratual, outra cláusula não pode limitar os dias de internação hospitalar, pois tal cláusula não importaria em mera limitação de risco, ou seja, limitação de obrigação, mas limitação da própria responsabilidade da seguradora, e, conseqüentemente, restrição de obrigação fundamental inerente ao contrato.

Assim, seria abusivo impor tempo de cura para uma doença coberta pelo seguro de saúde, porque o risco foi assumido quando se deu cobertura para a doença, e o sinistro até já ocorreu, pois, uma coisa é a doença não ter cobertura, caso em que a seguradora não assumiu o seu risco, ou seja, não assumiu nenhuma obrigação a seu respeito, e outra coisa, bem distinta, é a doença ter cobertura e, a partir de um determinado momento, deixar de tê-la.

Em decorrência do exposto, a forma de redação das cláusulas limitativas do risco, merece atenção, para que o julgador não cometa excessos em favor do consumidor.

## **2.6. NULIDADES**

A sanção de nulidades, nos negócios jurídicos, além de implicar a reprovação pelo ordenamento jurídico, do comportamento do sujeito que lhe deu causa, é ditada no interesse público, ao contrário da anulabilidade, que é ditada em função dos interesses de terceiros e não da própria contraparte, que para protegê-los podem tomar a iniciativa de anular o negócio, desde que observados alguns pressupostos.

---

<sup>14</sup> Op. cit., p. 10/20.

A existência de uma cláusula abusiva entre as condições negociais gerais, pode acarretar um significativo desequilíbrio nas posições jurídicas das partes numa futura contratação, lesiva ao interesse público, merecendo, por isso mesmo, um juízo de censura ou de reprovação do ordenamento jurídico pelo duplo fato de tratar-se de ato que viola a lei e os interesses gerais da contratação.

A nulidade, em matéria dos negócios jurídicos, tem a ver com os requisitos de sua validade, ou seja, capacidade e legitimação dos sujeitos, conteúdo e objeto lícitos e forma prescrita ou não defesa em lei, sendo que a falta de qualquer destes elementos determina a nulidade.

No caso das cláusulas abusivas, observa-se que, havendo expressa proibição legal quanto à adoção de determinadas cláusulas, a violação dessa proibição tornaria o conteúdo do negócio parcialmente ilícito, isto é, a lei já lhe estaria negando o efeito, resultando assim a nulidade.

Para o Eminentíssimo Desembargador Munir Karam<sup>15</sup>, as cláusulas abusivas “são nulas de pleno direito, porque excluem integralmente a responsabilidade do predisponente ou deixam a seu critério exclusivo cumpri-la, na medida que lhe aprouver”, nulidade esta que se funda nas características de ordem pública e de vinculação ao interesse público das normas dos contratos de seguros.

Ainda, a questão das nulidades está intimamente ligada ao dever de informação do contratante. A doutrina e, principalmente, a jurisprudência têm demonstrado que o contrato somente será considerado eficaz quando for concretizado com *ciência prévia e adequada do contratante*.<sup>16</sup>

Cabe destacar um trecho da obra de Paulo Nalin<sup>17</sup>, referente à questão das nulidades:

*“No plano da nulidade, esta se revela na medida em que a cláusula não conhecida do outro contraente acaba por se apresentar em espaço de declaração volitiva*

---

<sup>15</sup> Ibidem, p. 19.

<sup>16</sup> Paulo Nalin, op. cit. p. 153.

<sup>17</sup> Ibid., p. 151.

*unilateral. A vontade contratual, em cada momento da redação, ou mesmo, só na aceitação de cláusula, deve ser recíproca, ou seja, bilateral. (...) Sem informação, ou com informação deficiente, a vontade contratual do aderente não existirá ou será incompleta, ensejando a reflexão acerca da nulidade do contrato, ao menos, das condições não informadas, pois a ele faltaria elemento essencial de constituição do negócio.”*

Percebe-se da leitura desses trechos que o consumidor deve ser informado do conteúdo do contrato de maneira clara e transparente, caso contrário poderá argüir ineficácia das cláusulas que foram omitidas na negociação, com base no referido princípio, ou, dependendo do caso concreto, anulando o contrato, como se nunca tivesse havido qualquer relação contratual.

### 3. BOA-FÉ CONTRATUAL E DEMAIS PARTICULARIDADES DOS CONTRATOS

#### 3.1. O PRINCÍPIO DA BOA-FÉ OBJETIVA E DEVERES ANEXOS

Boa-fé tem vários significados. Etimologicamente, vem de fides, do latim, que significa honestidade, confiança, lealdade, fidelidade.

O princípio da boa-fé possui várias aplicações no nosso direito. A boa-fé subjetiva, entendida como um estado de espírito, estado de consciência, como o conhecimento ou desconhecimento de uma situação, fundamentalmente psicológica, encontrava-se prevista no nosso Código Civil de 1916, em inúmeros artigos, sendo mais comum no Direito das Coisas, em temas como usucapião e aquisição de frutos.

A boa-fé objetiva, por sua vez, é um tema importante ao Direito das Obrigações, sendo os contratos seu principal campo de aplicação<sup>1</sup> Diz respeito a normas de conduta, que determinam como o sujeito deve agir, ou seja, a boa-fé objetiva é concebida como uma regra de conduta fundada na honestidade, na retidão, na lealdade e, principalmente, na consideração de que todos os membros da sociedade são juridicamente tutelados, antes mesmo de serem partes nos contratos, sendo, portanto, neste sentido que se deve aplicar nas relações contratuais.

Imperioso destacar a distinção entre a boa-fé subjetiva e a boa-fé objetiva, aqui, na lição de Judith Martins-Costa:

*“A expressão ‘boa-fé subjetiva’ denota ‘estado de consciência’, ou convencimento individual de obrar [a parte] em conformidade ao direito [sendo] aplicável, em regra, ao campo dos direitos reais, especialmente em matéria possessória. Diz-se ‘subjetiva’ justamente porque, para a sua aplicação, deve o intérprete considerar a intenção do sujeito da relação jurídica, o seu estado psicológico ou íntima convicção. Antitética à boa-fé subjetiva está a má-fé, também vista subjetivamente como a intenção de lesar a outrem.*

---

<sup>1</sup> Fernando Noronha, op. cit., p. 147.

*Já por 'boa-fé objetiva' se quer significar – segundo conotação que adveio da interpretação conferida ao § 242 do Código Civil alemão, de larga força expansionista em outros ordenamentos, e, bem assim, daquela que lhe é atribuída nos países da common law – modelo de conduta social, arquétipo ou standard jurídico, segundo o qual 'cada pessoa deve ajustar a própria conduta a esse arquétipo, obrando como obraria um homem reto: com honestidade, lealdade, probidade'. Por esse modelo objetivo de conduta levam-se em consideração os fatores concretos do caso, tais como o status pessoal e cultural dos envolvidos, não se admitindo uma aplicação mecânica do standard, de tipo meramente subsuntivo.*<sup>2</sup>

Fernando Noronha destaca ainda que *enquanto na boa-fé subjetiva se atende apenas à situação da pessoa que confiou, na objetiva considera-se ao mesmo tempo, a posição de ambas as partes que estão na relação (ou de todas elas, se forem mais de duas).*<sup>3</sup>

A boa-fé manifesta-se em três comandos, segundo Fernando Noronha<sup>4</sup>, correspondendo cada um a uma finalidade diversa:

*“Ao comando segundo o qual as partes devem proceder de acordo com a boa-fé, quando se trate de determinar o sentido das estipulações contidas em determinado contrato (ou outro negócio jurídico), chamemos de função interpretativa da boa-fé. Aos dois comandos em que se desdobra o dever de agir de acordo com a boa-fé na execução do contrato, chamemos de funções de integração e de controle – um explicitará deveres, o outro delimitará direitos: o primeiro comando explicita (e de certo modo amplia) os deveres de comportamento do credor e devedor, ainda que não expressamente previstos nem no pacto celebrado, nem na lei; o segundo marca os limites dos direitos que o credor tem a faculdade de exercer contra o devedor.”*

A boa-fé objetiva é uma regra de conduta a ser adotada pelas partes ao longo de todo o processo contratual, desde a fase das tratativas e do momento da celebração do contrato, passando pela fase de sua vigência, culminando com seu término e com a fase pós-contratual.

O Código de Defesa do Consumidor, consagrou a boa-fé objetiva como princípio explícito orientador de todo o sistema de defesa do consumidor no artigo

---

<sup>2</sup> A Boa-fé no Direito Privado, p. 411.

<sup>3</sup> Op. cit., p. 138.

<sup>4</sup> Ibid., p. 151.



4º, inciso III, e também como cláusula geral de conduta no artigo 51, inciso IV<sup>5</sup>, com finalidade precípua de controle da abusividade nas relações contratuais.

O novo Código Civil Brasileiro introduz expressamente a boa-fé objetiva em três momentos, quais sejam, no artigo 113, pelo qual os negócios jurídicos devem ser tratados de acordo com a boa-fé, no artigo 187, comete ato ilícito quem, ao exercer o seu direito, excede manifestamente os limites impostos pela boa-fé e o artigo 422, as partes devem guardar, tanto nas negociações que antecedem o contrato como durante a execução deste, o princípio da boa-fé juntamente com o princípio da probidade. Quanto aos contratos de adesão, referido diploma, no artigo 423, consagra a interpretação mais favorável ao aderente, em havendo cláusulas ambíguas ou contraditórias.

No que se refere especificamente ao contrato de seguro, imperativo o ensinamento do eminente Professor e Desembargador Munir Karam<sup>6</sup>:

*“Se a boa-fé, na figura comparativa de Serpa Lopes, é o ‘sangue’ que irriga o organismo jurídico, em determinados pontos do direito ela afluí de um modo mais intenso. No campo contratual, ela possui maior realce no seguro. Isso porque o contrato de seguro é um negócio jurídico que exige uma conclusão rápida. A sua peça principal consiste nas declarações do segurado, a respeito do seu conteúdo, da proporção dos riscos e das circunstâncias que possam influir na intensidade de sua gravidade.”*

Ainda com relação aos seguros, mostra-se a boa-fé objetiva como obrigação legal, consignada também no art. 765 do novo Código Civil, no qual *“O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a eles concernentes.”*

Portanto, a boa-fé objetiva encontra-se presente tanto na relação contratual entre segurados e seguradoras quanto na de beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde, uma vez que impõe-se ao segurado e ao

---

<sup>5</sup> O artigo 51 estabelece que "são nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade".

<sup>6</sup> Da boa-fé no contrato de seguro, *in* Cadernos de Seguro n.º 108, julho/agosto 2001, p. 12.

beneficiário um comportamento de absoluta franqueza e lealdade, o que justifica a série de sanções contra eles cominadas, no caso de procederem em contrário à sua boa-fé, em situações em que o segurador e as operadoras de planos de saúde não podem se alongar em pesquisas, fiando-se somente no que lhe foi dito pelo segurado ou beneficiário.

Especificamente, no caso de seguro, a omissão de dados ou o fornecimento de declarações falsas ou inverídicas pelo segurado, capazes de induzir em erro o segurador, implicam no não recebimento da indenização, além do dever de pagamento do prêmio vencido. Isso porque as informações fornecidas pelo proponente são essenciais na determinação do preço do seguro.

Esse problema é bastante freqüente nos contratos de seguro e planos privados de assistência à saúde, quanto à omissão das lesões ou doenças preexistentes, para a fixação do agravo ou da cobertura parcial temporária.

Conclui-se que os deveres de boa-fé são bilaterais, tanto para os credores, como para os devedores, tanto para os fornecedores, como para os consumidores.

Todavia, o contrato não produz somente os deveres que foram convencionados entre as partes, mas cria deveres que decorrem implicitamente dele, cria obrigações acessórias, ou seja, a boa-fé objetiva parte da constatação de que, ao lado das obrigações explicitadas no contrato, outras tantas existem, não escritas, mas de igual importância para o regular desenvolvimento do vínculo negocial; tratam-se dos denominados deveres anexos ou secundários.

Os deveres anexos, como o nome o sugere, se constituem em dever de conduta, ao passo que as obrigações se constituem em dever de prestar. Os deveres anexos, posto que emanações de um princípio geral dos contratos, aderem aos negócios jurídicos sem estarem expressamente pactuados, porque, em o estando, deixariam de ser deveres anexos e passariam a ser autênticas obrigações.

Os deveres anexos criam para às partes um padrão de comportamento a ser cumprido, de acordo com as exigências da boa-fé, ou seja, de acordo com lealdade

e a honestidade que devem estar presentes numa relação contratual e de acordo com Clóvis do Couto e Silva<sup>7</sup>, estes deveres “podem nascer e desenvolver-se independentemente da vontade”.

Como se observe, é extenso o rol dos deveres que decorrem da boa-fé e cuja quebra pode conduzir inclusive à configuração do inadimplemento contratual, mesmo quando prestada a obrigação principal. Constitui, nesse sentido, fonte de otimização da conduta contratual, tendo em vista o pleno e eficaz atendimento da finalidade para a qual foi criado o vínculo, qual seja, o adimplemento contratual.

Doutrina o Professor Antonio Junqueira de Azevedo<sup>8</sup> que a boa-fé objetiva:

*“(...) constitui, no campo contratual - sempre tomando-se o contrato como processo, ou procedimento - norma que deve ser seguida nas várias fases das relações entre as partes; o pensamento, infelizmente, ainda muito difundido, de que somente a vontade das partes conduz o processo contratual, deve ser definitivamente afastado. É preciso que, na fase pré-contratual, os candidatos a contratantes ajam, nas negociações preliminares e na declaração da oferta, com lealdade recíproca, dando as informações necessárias, evitando criar expectativas que sabem destinadas ao fracasso, impedindo a revelação de dados obtidos em confiança, não realizando rupturas abruptas e inesperadas das conversações etc. Aos vários deveres dessa fase seguem-se deveres acessórios à obrigação principal na fase contratual - quando a boa-fé serve para interpretar, completar ou corrigir o texto contratual -, e até mesmo, na fase pós-contratual, a boa-fé também cria deveres, os posteriores ao término do contrato - são os deveres post factum finitum, como o do advogado de guardar os documentos do cliente, o do fornecedor de manter a oferta de peças de reposição, o do patrão de dar informações corretas sobre ex-empregado idôneo etc.” (...) Em qualquer uma das fases contratuais, a cláusula geral da boa-fé, como norma de comportamento, cria, para as partes, deveres positivos e negativos; estão, entre os primeiros, os deveres de colaboração, inclusive de informação, - ou seja, as partes, no contrato, formam como que um microcosmo, ou pequena sociedade em como já dizia Demogue, na década de 30 - e, entre os segundos, os deveres de lealdade, especialmente o de manter sigilo.”*

Cláudia Lima Marques<sup>9</sup> tratando da imposição do princípio da boa-fé objetiva observa que:

---

<sup>7</sup> A Obrigação como Processo, p. 32.

<sup>8</sup> In Revista de Direito do Consumidor, n.º 18, p. 25 e ss.

<sup>9</sup> Op. cit., p. 180.

*o princípio da boa-fé objetiva na formação e na execução das obrigações possui muitas funções na nova teoria contratual: 1) como fonte de novos deveres especiais de conduta durante o vínculo contratual, os chamados deveres anexos, e 2) como causa limitadora do exercício, antes lícito, hoje abusivo, dos direitos subjetivos e 3) na concreção e interpretação dos contratos.”*

Os principais deveres secundários são o dever de informação, de cooperação e de cuidado.

O dever de informar é o primeiro e mais conhecido dever anexo, o qual está inserido em um contexto de transparência na relação, tanto na fase pré-contratual quanto na fase contratual. Ele veio previsto no Código de Defesa do Consumidor, especificamente nos artigos 6º, III, 30<sup>10</sup> e 31<sup>11</sup>, e hoje é aplicado em todos os contratos, não só naqueles que envolvem relações de consumo.

De acordo com o artigo 6º, inciso III, é direito básico do consumidor a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentam.

Na verdade, o que se pretende é que seja garantido ao sujeito passivo da relação contratual o acesso a todo tipo de informação de maneira mais clara e correta possível, primando sempre pela qualidade desta informação, antes, obviamente, da conclusão do contrato.

As cláusulas contratuais devem ser redigidas de forma clara e destacada, propiciando a compreensão facilitada do texto por parte do consumidor, mormente em se tratando de contrato de adesão como é o caso do seguro e plano de saúde, ou seja, o beneficiário de plano de saúde e de seguro-saúde tem direito à

---

<sup>10</sup> Art. 30: “Toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e integra o contrato que vier a ser celebrado.”

<sup>11</sup> Art. 31: “A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.”

informação clara e adequada sobre as restrições de atendimento, sobre os critérios de reajuste, sobre as diferenças entre as coberturas dos tipos de planos, etc.

Há órgãos de proteção ao consumidor que afirmam que ao lado das cláusulas que prevêm as condições de admissão, início de vigência, períodos de carência, formas de reajustes, tipo de plano, eventos coberto, franquias, dentre outras, devido à sua importância, deve constar a rubrica do consumidor, para que se comprove que sua leitura foi atenta.

O direito do consumidor à informação não se resume às cláusulas contratuais, mas também ao momento pré-contratual, em que nenhuma informação pode ser omitida, nem distorcida pelo fornecedor, pois é nesse momento em que o consumidor estará exercendo seu direito de opção, sopesando as vantagens, qualidade e riscos do contrato.

Nesse sentido, ensina o ilustre jurista Herman de Vasconcellos e Benjamin<sup>12</sup>:

*“A informação, no mercado de consumo, é oferecida em dois momentos principais. Há, em primeiro lugar, uma informação que precede (publicidade, por exemplo) ou acompanha (embalagem, por exemplo) o bem de consumo. Em segundo lugar, existe a informação passada no momento da formalização do ato de consumo, isto é, no instante da contratação. Lá temos a informação pré-contratual. Aqui, nos deparamos com a informação contratual. São dois estágios do ‘iter’ da comunicação com o consumidor. Ambos têm o mesmo objetivo, ou seja, preparar o consumidor para um ato de consumo verdadeiramente consentido, livre, porque fundamentado em informações adequadas. Só que um (o pré-contratual) tem muito mais a ver com informações sobre o próprio produto ou serviço, embora não se limite a tal. O outro, diversamente, trata precipuamente das condições formais em que a manifestação da vontade tem lugar. É como se aquele momento inicial fosse, de fato, preparatório para o segundo. Isso porque, sem a informação adequada através da oferta, ‘a informação contratual corre o risco de chegar tarde demais’. E é na fase pré-contratual que a decisão do consumidor é efetivamente tomada. Daí a importância de sua informação suficiente ainda nesse estágio.”*

Portanto, quando o consumidor escolhe um plano de saúde ou seguro-saúde, deve ser dada oportunidade para que tenha ciência do conteúdo do contrato, entendendo a extensão de seus direitos e obrigações, com fulcro no artigo 46 da Lei

---

<sup>12</sup> Código brasileiro de defesa do consumidor comentado pelos autores do anteprojeto, p. 226-227.

8.078/90<sup>13</sup>, de maneira que, na assinatura do contrato, o consumidor possa, além de ter conhecimento do contrato, compreender seu conteúdo, que, para tanto, deve estar redigido em linguagem clara e sem dubiedade, sob pena de ensejar nulidade.

O segundo dever anexo é o dever de cooperação, que consiste na colaboração durante a fase de execução do contrato, no sentido de agir com lealdade e não impedir ou obstruir a execução do contrato, ou seja, o fornecedor deve agir de forma a não dificultar o cumprimento do contrato, por exemplo, o uso de expedientes desnecessários para dificultar o recebimento de reembolso pelo segurado é prática que viola o dever da cooperação, o que significa inadimplir o contrato firmado.

O dever da lealdade ou cooperação não impede a contratação em massa, através de contratos de adesão, porém as cláusulas não podem ser abusivas nem dificultar a compreensão do contrato e impedir seu cumprimento, sob pena de violação do princípio da boa-fé objetiva e, por conseguinte, nulidade contratual, mesmo que parcial.

O terceiro dever anexo é o dever de cuidado, que visa preservar o contratante tanto em sua integridade pessoal (moral ou física) como na integridade de seu patrimônio. É uma obrigação de segurança, favorecendo que o consumidor não sofra nenhuma espécie de dolo, permanecendo ileso durante a execução contratual.

Destarte, o princípio da boa-fé objetiva é parâmetro para a conduta em contratos cativos de longa duração como são os de seguro-saúde e de planos de saúde, representando uma grande evolução no estudo de contratos de massa.

É característico dos princípios jurídicos, além da multifuncionalidade que lhes é própria, a interconexão com outros princípios ou regras pertencentes ao sistema

---

<sup>13</sup> Art. 46: “Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigam os consumidores se não lhes for dada oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.”

ou microsistema onde inseridos. Nessa perspectiva, articula-se à boa-fé objetiva o padrão da transparência.

A aplicação concreta do princípio da transparência está disposto nos artigos 4º, *caput*<sup>14</sup> e 6º<sup>15</sup>, III, IV, do CDC, sendo notadamente decorrente da boa-fé objetiva. Este princípio é aplicado no momento da formação do contrato, ou seja, ocorre no momento das tratativas preliminares, nas discussões do futuro daquele contrato.

Na verdade, o que se pretende é que seja garantido ao sujeito passivo da relação contratual o acesso a todo tipo de informação de maneira mais clara e correta possível, primando sempre pela qualidade desta informação, antes, obviamente, da conclusão do contrato.

Nota-se, portanto, que, somente agindo dessa maneira, será possível manter uma vontade qualificada. Segundo o ilustre Professor Paulo Nalin<sup>16</sup>, esta é alcançada quando:

*“a transparência está em harmonia e consagra a confiança comercial, pois quando o predisponente não informa com adequação os termos da avença, levando o aderente a assumir deveres contrários aos seus interesses patrimoniais e existenciais, caracteriza-se a violação da confiança depositada no outro e na postura contratual.”*

Este princípio amplia as obrigações e deveres dos fornecedores de massa e, também, numa certa medida, dos consumidores em geral, antes mesmo de qualquer ‘transação’ ser iniciada. Isto ocorre porque mudou o enfoque da *oferta contratual* e, com esta nova concepção, o fornecedor tem o dever de informar ao consumidor as características do serviço que está sendo contratado, além de ter o dever de orientá-lo a respeito do teor do contrato, enfatizando, principalmente, as cláusulas restritivas de direito.

---

<sup>14</sup> Ver nota de rodapé p. 10.

<sup>15</sup> Art. 6º: “São direitos básicos do consumidor: (...) III – a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; IV – a proteção contra a propaganda enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas impostas no fornecimento de produtos e serviços; ...”

<sup>16</sup> Op.. cit., p. 146-147.

A finalidade desse princípio, de acordo com a ilustre Professora Cláudia Lima Marques<sup>17</sup>, é:

*possibilitar uma aproximação mais sincera e menos danosa entre consumidor e fornecedor. Transparência significa informação clara e correta sobre o produto a ser vendido, sobre o contrato a ser firmado, significa lealdade e respeito nas relações entre fornecedores e consumidores, mesmo na fase pré-contratual, isto é, na fase negocial dos contratos de consumo”.*

Uma das implicações ocasionadas pelo princípio da transparência é que o contrato poderá ser anulado se não forem observados os deveres de informação, lealdade e cooperação em relação ao consumidor. De acordo com o artigo 46 do CDC a ineficácia será absoluta, ou seja, não será investigada a existência e nem a validade, sendo considerada praticamente a inexistência do negócio.

Esse princípio trouxe uma certa comodidade ao consumidor e uma preocupação ao fornecedor, devido à troca de atribuições ocasionadas por ele. Antes cabia ao consumidor, independente do seu nível cultural, tentar obter o máximo de informações sobre o contrato do serviço e/ou produto procurado, fazendo todos os tipos de perguntas que entendesse necessárias. Isto ocorria porque prevalecia a literalidade sobre a intenção do indivíduo contratante. Todavia, atualmente:

*“... o consumidor, passou para a confortável posição de detentor de um direito subjetivo de informação (art. 6º, III), enquanto aquele que encontrava-se na segura posição passiva, o fornecedor, passou a ser sujeito de um novo dever de informação (caveat venditor), dever de conduta ativa (informar), o que significa, na prática, uma inversão de papéis (arts. 46, 51, IV e 54), e um início de inversão ex vi lege de ônus da prova.”<sup>18</sup>*

É importante salientar que o disposto no artigo 46 do CDC, não obriga o consumidor a ler o contrato, pois cabe a ele a decisão de tomar ciência ou não desse instrumento. A sanção mais grave está relacionada à insegurança gerada no fornecedor, pois se ele não informar de maneira adequada, o consumidor poderá encerrar o contrato mesmo depois de assinado, sob o argumento de que não foi

---

<sup>17</sup> Op. cit., p. 594-595.

<sup>18</sup> Cláudia Lima Marques, op. cit., p. 597.



respeitado o princípio da transparência na fase pré-contratual. O objetivo primordial, portanto, do referido artigo do CDC, segundo a jurista Cláudia Lima Marques<sup>19</sup>, é:

*“evitar que o fornecedor utilize a sua superioridade econômica e mesmo técnica (Departamentos Jurídicos ou Consultorias especializadas) para confundir o consumidor e impor a ele obrigações que se tivesse compreendido o sentido do texto, não teria assumido é o de assegurar ao consumidor uma decisão fundada no conhecimento de todos os elementos do contrato, em particular do preço, das taxas extras, das condições e garantias exigidas, das cláusulas limitativas e penais inseridas, dos verdadeiros direitos assegurados pelo contrato.”*

Exemplo típico que pode ser mencionado é o do consumidor que assina a proposta de plano de saúde, de contrato de seguro, sob as promessas do vendedor de que receberá o texto do contrato, ou o carnet de pagamento, com o valor da prestação atual, posteriormente, em casa pelo correio.<sup>20</sup>

Cláudia Lima Marques<sup>21</sup> ao se referir à abrangência do novo mandamento comenta que:

*“(...) É mais do que um simples elemento formal, afeta a essência do negócio, pois a informação repassada ou requerida integra o conteúdo do contrato ou, se falha, representa a falha na qualidade do produto ou do serviço oferecido. Tal princípio concretiza a idéia de reequilíbrio de forças nas relações de consumo, em especial na conclusão de contratos de consumo, imposto pelo CDC como forma de alcançar a almejada justiça contratual.”*

Cabe ao consumidor refletir sobre a oferta, ou melhor, como acrescenta Paulo Nalin<sup>22</sup>:

*“a vontade contratual tutelada há de ser aquela que leva em conta informações adequadas, sem as quais não é digna de eficácia. Para a emissão da vontade, atualmente, não basta verificar seja ela livre de vícios de consentimento, nas clássicas figuras do erro, dolo e coação. Mais do que isso, precisa ela ser consciente e informada, para dela se extrair um consenso libero.”*

Renata Mandelbaum, na obra Contratos de Adesão e Contratos de Consumo<sup>23</sup>, apresenta a questão da transparência como sendo o requisito essencial à formação de contrato plenamente válido, *in verbis*:

---

<sup>19</sup> Op. cit., p. 667-668.

<sup>20</sup> Ibidem, p. 662.

<sup>21</sup> Ibidem, p. 598-599.

<sup>22</sup> Op. cit., p. 146.

*“Os requisitos, de forma geral, denotam função de transparência, dar ao contratante aderente as informações necessárias à celebração do contrato, para que este possa adotar uma decisão racional, optando por contratar ou não, selecionando as ofertas disponíveis no mercado. Os princípios gerais da transparência e da boa-fé surgem no CDC, no art. 4º, que expõe a política nacional das relações de consumo como um todo, e em especial os contratos de adesão a condições gerais de contratação.”*

Além do princípio da boa-fé objetiva e seus deveres anexos, nos contratos cativos de longa duração aplica-se também o princípio da transparência, sempre à vista das circunstâncias concretas do caso e das finalidades da existência da própria relação contratual.

### 3.2. CONTRATO CATIVO DE LONGA DURAÇÃO

Diante da nova realidade do mercado brasileiro, que está utilizando em larga escala a contratação de massa, relações jurídicas como as de longa duração estão se firmando com maior intensidade. Algumas trazem em seu bojo a “catividade” do consumidor.

E justamente inserida nesse contexto, uma das características mais marcantes do contrato de seguro-saúde e do plano de saúde refere-se à maneira como se dá a execução dos mesmos, bem como, a dependência do consumidor na relação. Várias são as denominações encontradas na doutrina para tais espécies de contratos, quais sejam, “contratos cativos de longa duração”, “contratos contínuos”, “contratos de trato contínuo”, “contratos conexos”, “contratos de serviços complexos de longa duração”, “contratos relacionais”

Luiz Guilherme de Andrade Loureiro<sup>24</sup> denomina o contrato de seguro e plano de saúde como “contrato de trato contínuo”:

*“O seguro é um contrato de trato contínuo de prestação continuada ou de trato sucessivo. Sua vigência se prolonga por um determinado período temporal e sua execução se realiza escalonadamente, sendo necessário que a obrigação seja satisfeita dentro dos termos convencionados, sob pena de rescisão do contrato.”*

---

<sup>23</sup> P. 119.

<sup>24</sup> Seguro saúde (Lei n.º 9656/98): comentários, doutrina e jurisprudência, p. 60.

Sua vigência, portanto, em se tratando de prestação de trato sucessivo, perdura por certo lapso temporal, durante o qual sua execução ocorre de forma continuada e não sob única prestação, ou seja, seria um contrato de fazer de longa duração, que se prolonga no tempo.

Contudo, tal característica não se limita somente ao trato sucessivo, daí ser chamado pela imensa maioria dos doutrinadores como cativo de longa duração. Comenta Demócrito Ramos Reinaldo Filho<sup>25</sup>, em artigo especializado:

*“Essa espécie de contrato caracteriza-se por criar uma “catividade” ou dependência dos clientes desses serviços (consumidores). São contratos que envolvem não uma obrigação de dar (para o fornecedor), mas de fazer; normalmente, são serviços privados ou mesmo públicos, autorizados pelo Estado ou privatizados, mas sempre prestados de forma contínua, cuja execução se protai no tempo. Não são simples contratos de trato sucessivo, pois, além da continuidade na prestação assume destaque o dado da “catividade”. Baseiam-se mais numa relação de confiança, surgida no convívio reiterado, gerando expectativas (para o consumidor) da manutenção do equilíbrio econômico e da qualidade dos serviços. O consumidor mantém uma relação de convivência e dependência com o fornecedor por longo tempo (às vezes por anos a fio), movido pela busca de segurança e estabilidade, pois, mesmo diante da possibilidade de mudanças externas na sociedade, tem a expectativa de continuar a receber o objeto contratualmente previsto. Essa finalidade perseguida pelo consumidor faz com que ele fique reduzido a uma posição de cliente “cativo” do fornecedor. Após anos de convivência, pagando regularmente sua mensalidade, e cumprindo outros requisitos contratuais, não mais interessa a ele desvencilhar-se do contrato, mas sim, de que suas expectativas quanto à qualidade do serviço oferecido, bem como da relação dos custos, sejam mantidas. [...]”*

O consumidor, ao contratar um seguro ou plano de saúde, tem interesse em permanecer com aquele contrato, ficando, assim, “preso”, “cativo”, não pelo contrato em si, mas em função de uma dependência fática e voluntária, que, aliada à sua vulnerabilidade, o mantém em maior desvantagem ainda perante o fornecedor.

Tal dependência é notória, na medida que, ao contratar, o consumidor investe no fornecedor e quer manter-se unido a ele, pelo serviço que está recebendo e do qual não quer desistir. A doutrina assevera:

*“[...] o contrato é de longa duração, de execução sucessiva e protaída, trazendo em si expectativas outras que os contratos de execução imediata. Estes contratos baseiam-se mais na confiança, no convívio reiterado, na manutenção do potencial econômico e da qualidade dos serviços, pois trazem implícita a expectativa de*

---

<sup>25</sup> O seguro-saúde como “contrato cativo de longa duração”: aspectos do reajuste das mensalidades e ao direito de rescisão, Repertório IOB de Jurisprudência, 2ª quinzena de maio/98, caderno 3, p. 204.

*mudanças das condições sociais, econômicas e legais na sociedade nestes vários anos de relação contratual. A satisfação da finalidade perseguida pelo consumidor (por exemplo, futura assistência médica para si e sua família) depende da continuação da relação jurídica fonte das obrigações. A capacidade de adaptação, de cooperação entre contratantes, de continuação da relação contratual é aqui essencial, básica.*<sup>26</sup>

Geralmente, o objeto principal de tais contratos é um evento futuro, certo ou incerto que condiciona a prestação principal, ou seja, a aleatoriedade, a qual está presente nos contratos de assistência à saúde, conforme já frisado anteriormente.

Ademais, esses contratos, pelos quais se almeja segurança com o apoio do paradigma do princípio da boa fé objetiva, envolvem, de maneira geral, serviços de relevância econômica e social, e fiscalizados pelo Estado, prestados por grupos de fornecedores que detém poder econômico e *know how* para tanto. Características às quais os contratos de assistência à saúde também se subsumem irrestritamente.

Destarte, os contratos de seguro e plano de saúde, em se enquadrando na categoria de contratos cativos de longa duração, encontram-se sob a égide da massificação dos contratos, da sucessividade de prestação de serviço autorizado e fiscalizado pelo Estado, da dependência do consumidor e do grande poder econômico do fornecedor.

### **3.3. PARTES NOS CONTRATOS DE SEGURO E DE PLANO DE SAÚDE**

A seguradora e a operadora de planos de saúde são os fornecedores na relação de assistência à saúde, com fulcro na definição do artigo 3º do CDC, que estabelece que “fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.”

---

<sup>26</sup> Cláudia Lima Marques, op. cit., p. 87.

As operadoras de planos de saúde são pessoas jurídicas de direito privado, com liberdade em sua organização societária, prestando serviços próprios ou através de terceiros. Já as seguradoras são pessoas jurídicas de direito privado, necessariamente organizadas sob a forma de sociedades anônimas, com o escopo de cobrir os riscos de assistência à saúde através de livre escolha dos segurados pelo prestador, via de regra por meio de reembolso.

Configuram-se como fornecedores, então, as seguradoras e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, em sendo típicos prestadores de serviços, ressalvando-se que as cooperativas de serviços médicos, quanto à organização são regidas pela Lei 5.764/71, no artigo 1º, §1º, inciso I, da Lei 9.656/98, são definidas como operadoras de planos, uma vez que praticam medicina de grupo, prestando serviço diretamente ao consumidor mediante pré-pagamento.

Em linhas gerais, o fornecedor na relação de assistência privada à saúde é pessoa jurídica, privada, que presta serviços de assistência à saúde, em consonância com o artigo 1º da Lei 9.656/98.

Segundo o CDC, a definição de consumidor não está adstrita somente ao artigo 2º, mas também ao que dispõe os artigos 17 e 29.

A legislação traça uma definição de consumidor em seu artigo 2º como sendo toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza o produto ou serviço como destinatário final. A questão a ser analisada é justamente a expressão “destinatário final” que é empregada.

Duas são as correntes que estudam a aplicação do CDC com referência à definição de consumidor e, via conseqüência, ao âmbito de aplicação do Código.

Segundo a teoria finalista, a interpretação de consumidor final deve ser efetuada de maneira restrita. Conforme comenta Cláudia Lima Marques<sup>27</sup>, para a

---

<sup>27</sup> Op. cit., p. 253-254.

teoria finalista, a qual a autora é filiada, por temer que haveria perigo na interpretação extensiva da norma:

“Destinatário final é aquele que é destinatário fático e econômico do bem ou serviço, seja ele pessoa jurídica ou física. Logo, segundo esta interpretação teleológica não basta ser destinatário fático do produto, retirá-lo da cadeia de produção, levá-lo para o escritório ou residência; é necessário ser destinatário final econômico do bem, não adquiri-lo para revenda, não adquiri-lo para uso profissional, pois o bem seria novamente um instrumento de produção cujo preço será incluído no preço final do profissional que adquiriu. Neste caso não haverá a exigida ‘destinação final’ do produto ou serviço.”

Tal posição é defendida por grande parte dos doutrinadores, mas com parcimônia, atentando-se à aplicação do princípio da vulnerabilidade, quando couber.

José Geraldo Brito Filomeno<sup>28</sup>, de acentuada posição finalista, assevera:

“Consoante já salientado, o conceito de consumidor adotado pelo Código foi exclusivamente de caráter econômico, ou seja, levando-se em consideração tão-somente o personagem que no mercado de consumo adquire bens ou então contrata a prestação de serviços, como destinatário final, pressupondo-se que assim age com vistas ao atendimento de uma necessidade própria e não para o desenvolvimento de uma outra atividade negocial. Assim procurou-se abstrair de tal conceituação componentes de natureza sociológica – “consumidor” é qualquer indivíduo que frui ou se utiliza de bens e serviços e pertence a uma determinada categoria ou classe social. (...)”

A retirada do caráter social da definição de consumidor, inerente aos princípios que norteiam o Direito do Consumidor, aparentemente é uma das grandes falhas que a teoria finalista pode estar cometendo.

Já os maximilistas, com visão mais abrangente que os finalistas, interpretam o CDC como regulamento destinado não apenas ao consumidor não-profissional, mas também a todo o mercado de consumo brasileiro. Ou seja, segundo tal posição, o CDC seria destinado à sociedade de consumo em geral, devendo o artigo 2º ser interpretado da forma mais ampla possível, para que se possibilite atingir o maior número de relações no mercado.

---

<sup>28</sup> Código brasileiro de defesa do consumidor comentado pelos autores do anteprojeto, p. 25.

Assim, não importaria se o consumidor tem ou não fim de lucro ao adquirir um produto, pois até mesmo aquele que adquire para revender, mesmo que em outra relação se configure fornecedor, naquela se encontra na condição de consumidor, não importando se profissional ou não. Nesse diapasão, destinatário final para a teoria maximalista possui definição objetiva, conforme leciona Cláudia Lima Marques<sup>29</sup>:

*“(...) Destinatário final seria o destinatário fático do produto, aquele que o retira do mercado e o utiliza, o consome, por exemplo, a fábrica de celulose que compra carros para o transporte dos visitantes, o advogado que compra uma máquina de escrever para o seu escritório, ou mesmo o Estado quando adquire canetas para uso nas repartições, e é claro, a dona de casa que adquire produtos alimentícios para a família.”*

Para reflexão sobre as correntes, comungamos, até esse momento, com a teoria maximalista, pois o consumidor deve ser resguardados seus direitos tanto quando adquire produtos para fim pessoal e de sua família, mas também para fins comerciais, ao contrário do que defende a corrente finalista.

Adepto da teoria maximalista, Antônio Carlos Efing<sup>30</sup> muito bem fundamenta seu posicionamento:

*“Diante desta conceituação, não resta dúvida que nos filiamos à corrente maximalista, isto porque somos da opinião que o CDC para introduzir nova linha de conduta entre os partícipes da relação jurídica de consumo. Assim, não importa ter vislumbrado a relação de hipossuficiência do consumidor, como qualquer alguns autores, mas sim, uma completa moralização das relações de consumo da sociedade brasileira, onde somente permanecerão nos diversos segmentos da cadeia de consumo aqueles (pessoas físicas ou jurídicas) que assumirem esta posição com todos os seus ônus e encargos, dentre os quais o atingimento da perfeição no fornecimento de produtos e serviços, em total consideração ao consumidor (adquirente ou utente deste produto ou serviço.”*

Em que pese a definição estar calcada também nos artigos 17 e 29, para enquadrá-lo como consumidor na hipótese de assistência à saúde já basta o artigo 2º, que dispõe que “consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou

---

<sup>29</sup> Op., cit., p 255.

<sup>30</sup> Contratos e Procedimentos Bancários à luz do Código de Defesa do Consumidor (Biblioteca de Direito do Consumidor – v. 12), São Paulo: Renovar, p. 46-47.

utiliza produto ou serviço como destinatário final” (mediante a aplicação da ótica maximalista).

No caso do contrato de seguro ou de plano à saúde, consumidor será o usuário ou o segurado (considerando que a contratação se efetiva por meio de contrato de adesão, o consumidor é o aderente), respectivamente, que, mediante remuneração, será o destinatário do serviço prestado, visando à preservação de sua saúde.



## **4. O SEGURO E PLANOS DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE**

### **4.1. BREVE HISTÓRICO DO MERCADO DE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL**

O contrato de seguro surgiu no período medieval, com o advento do desenvolvimento da navegação. No século XVI, o seguro marítimo foi o primeiro a ser utilizado e tinha a função de cobrir navios e cargas. Apesar das resistências no final do século XVIII, o seguro de incêndio e de vida começaram a ser difundidos na sociedade. Já no século XIX, houve a sua efetiva implantação em função da mudança do perfil da sociedade que passou a ser mais solidária.

No Brasil, a história dos seguros remonta à época dos portos, com a criação da Companhia de Seguros Boa-fé, na Bahia. Tendo o Código Comercial de 1850 regulamentado o seguro marítimo e foi a partir de 1916, com a promulgação do Código Civil, que começaram a ocorrer as inúmeras transformações na matéria de seguros complementadas pelas legislações extravagantes, o que ocorre até os dias atuais.

A partir da década de 30, criou-se uma série de decretos que regulamentavam atividades securatórias diversas, sendo, em 1937, criado o princípio da nacionalização do seguro, que decretava a atuação exclusiva das companhias nacionais, todavia somente em 1939 é que concretizou a criação do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), que assume o monopólio do resseguro aqui no Brasil.<sup>1</sup>

Em 1966, através do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, foi consolidada a legislação de seguros com a criação do Sistema Nacional de Seguros Privados constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); Instituto de Resseguros do Brasil (IRB); Companhias de Seguros e Corretores de Seguros. A partir desta data, estes

---

<sup>1</sup> Introdução ao Seguro. 1ª Ed. Assessoria Técnica de Francisco Antônio Pinto Barros. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 1993.

órgãos tem como função regulamentar e dispor sobre as companhias seguradoras do Brasil.

Um outro momento importante para a consolidação das atividades securatórias se dá no início da década de 70 com a criação da Fundação Escola Nacional de Seguros (FUNENSEG), no Rio de Janeiro, visando a formação de pessoal para atendimento da crescente demanda de qualificação. Foi neste período também que o mercado segurador brasileiro deu início à sua inserção no mercado mundial, tendo como marco a inauguração do “Escritório do IRB em Londres” Mais tarde os estatutos do IRB foram alterados, pois devido ao crescimento desta sociedade de economia mista, os seus órgãos de administração sofreram certas modificações, visando atender às duas operações, nacionais e internacionais.

Poderíamos dividir então a história dos seguros em 3 fases: a primeira, até a década de 30, seria marcada por um confronto entre o setor externo e o interno, este tentando barrar a evasão de divisas; numa Segunda fase (1940/60), seria a afirmação das atividades securatórias nacionais, tendo o município do Rio de Janeiro como palco principal; e por último teríamos o pós-década de 60, na qual estas atividades serviram de sustentáculo para o desenvolvimento econômico-industrial.

No Brasil, as empresas de assistência privada à saúde, organizaram-se incipientemente sob duas modalidades, quais sejam, os seguros e a medicina de grupo<sup>2</sup>, sendo obrigatória a aprovação da SUSEP a todos os seguros saúde, bem como a todos os contratos e planos de saúde comercializados.

Algumas das atuais modalidades de assistência privada à saúde, baseadas na captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados, foram criadas nos anos 40 e 50. Exemplos disso são, no setor público, a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual GEAP) e, mais tarde, a inclusão da assistência médico-hospitalar

---

<sup>2</sup> Carlos Alberto Ghersi e outros, Contrato de medicina pré-paga. Buenos Aires: Astrea, 1993, p. 123-125.

entre os benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais. E, no setor privado, os sistemas assistenciais acompanharam a instalação da indústria automobilística, particularmente as montadoras estrangeiras.

A chamada "medicina de grupo" surgiu e desenvolveu-se no ABC Paulista, nos anos 60, em virtude da precariedade dos serviços públicos na região e dos altos preços da medicina liberal. Visava atender basicamente às necessidades de assistência médico-hospitalar da classe trabalhadora, mediante o sistema de "convênio-empresa", financiado pelos empregadores, suprimindo assim as necessidades de grandes empresas - em grande parte estrangeiras - que ali se instalaram, as quais desejavam proporcionar aos seus funcionários um atendimento médico-hospitalar nos padrões de suas matrizes norte-americanas e européias.

Em contrapartida, as UNIMED'S surgiram como uma alternativa, heterodoxa, para se conseguir a prática, nos consultórios médicos, através da constituição de cooperativas de trabalho. Tais empresas, especializadas na comercialização de planos de saúde, especialmente as empresas de medicina de grupo, logo ampliaram suas redes de serviços.

No início dos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes de planos de saúde – excetuando-se os de planos próprios registrados pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE)<sup>3</sup> e pela Federação das UNIMED do Brasil. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores da região sudeste.

A essa ampliação das demandas correspondeu uma extensão de cobertura, a se traduzir na montagem de extensas redes credenciadas, adicionais aos serviços próprios das empresas médicas, e de algumas empresas médicas empregadoras. As relações entre empresas médicas, empresas empregadoras e os provedores de serviços resultaram em um padrão de atendimentos, dos prestadores privados, a clientes dos mais variados convênios, de planos individuais e do SUS. Por sua vez,

---

<sup>3</sup> Informe de Imprensa: dados e números da medicina de grupo. São Paulo, ABRAMGE (mimeo), 2000.

estas redes credenciadas praticamente eliminaram a modalidade reembolso, que se tornou prerrogativa apenas de um número muito restrito de clientes, de nível executivo. Além disso, muitas empresas empregadoras decidiram transformar planos não-contributários em contributários e introduziram mecanismos de co-pagamento para a utilização de serviços.

Este padrão de empresariamento mais extenso e integrado completou-se com a atuação mais sistemática das seguradoras no ramo de saúde, a partir de 1989. Nesse ano, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) autorizou as seguradoras a se vincularem a serviços de saúde, vez que os instrumentos legais relacionados com o seguro saúde (Decreto-Lei 73/66 e sua regulamentação), impediam a vinculação de provedores de serviços à seguradoras.

As seguradoras disputaram clientes individuais e empresas com as empresas médicas e expandiram suas atividades à administração de planos de autogestão. Adquiriram, também, através de terceirização de funções de gerência, clientes de planos próprios de empresas empregadoras.

Hoje, passados mais de 40 anos, a Medicina de Grupo está presente em quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes, sendo representada a nível institucional pelo Sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo/Sindicato Nacional de Medicina de Grupo/Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo), todas com sede em São Paulo/SP.

Segundo dados e estatísticas da Medicina de Grupo<sup>4</sup>, em Junho/2002, considerando-se a cobertura de aproximadamente 41,6 milhões de beneficiários, dividida nas quatro categorias, o atendimento das operadoras de planos privados, através da medicina de grupo, lidera o ranking, com 44,23%, seguidas das cooperativas com 26,44%, e após pela autogestão representada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS) e pela Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinada pelas Empresas

---

<sup>4</sup> Informe de Imprensa ABRAMGE, Junho/2002.

(ABRASPE) 16,11%, finalizando com as seguradoras representadas pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) com 13,22%.

Até outubro de 2002, segundo levantamento efetuado a partir de dados oficiais remetidos pelas operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS<sup>5</sup>, existiam no país 2.405 operadoras de saúde registradas perante à ANS, prestando atendimento a mais de 34,5 milhões de usuários também registrados pela ANS.

Todavia, 805 operadoras de planos de saúde (cerca de 36% do total) não havia informações disponíveis relativas a outubro de 2002, ou porque as empresas ainda não tinham usuários nos seus planos de saúde, ou porque não remeteram os dados à ANS, apesar das exigências legais e normativas.

Ainda, segundo a pesquisa, são somente 13 seguradoras que operam em saúde, com um total de quase 5,2 milhões de segurados, praticamente 15% do total geral dos 34,5 milhões de usuários em todo o país, sendo o Bradesco Saúde e a Sul América Seguro Saúde os maiores detentores de segurados registrados pela ANS.

Do total das 349 cooperativa médicas (UNIMED'S), que juntas representam quase 15% do total das operadoras existentes no país, somente 292 informaram à ANS sobre seus usuários, que somaram pouco mais de 8 milhões, ou seja 23,3% do total de beneficiários em todo o Brasil, sendo que as 20 maiores UNIMED'S concentram quase 50% desses 8 milhões de usuários.

Por fim, somam 670 operadoras, com 3,4 milhões de beneficiários, conforme dados informados por 391 delas, as operadoras que oferecem cobertura odontológica, de forma exclusiva ou conjuntamente com outras coberturas, como hospitalar ou ambulatorial.

---

<sup>5</sup> Clipping de Notícias ABRAMGE 19/12/2002 N.º 095.

As várias modalidades de assistência médica suplementar combinam a função de seguro com a de prestação de serviços de atenção médica. E incluem, como principais formas institucionais a: (I) medicina de grupo com pré-pagamento, em que os beneficiários pagam antecipadamente e em geral só têm acesso a determinados prestadores de serviços previamente especificados; (II) cooperativas médicas, igualmente baseado em pré-pagamento e prestadores de serviços definidos, sendo regidas, quanto à sua constituição, pela Lei n.º 5.764/71, mas que, em essência, também praticam medicina de grupo; (III) planos de saúde de empresas, oferecidos apenas aos empregados e suas famílias (autogestão e planos administrados); (IV) seguro de saúde privados.

Saliente-se que, de acordo com a Portaria n.º 3.286/86 do Ministério do Trabalho, empresa de medicina de grupo é toda pessoa jurídica de direito privado, organizada de acordo com as leis do País, que se dedique a assegurar assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, mediante uma contraprestação pecuniária preestabelecida, vedada a essas empresas a garantia de um só evento. A mesma portaria estabelece três maneiras pelas quais pode a empresa de medicina de grupo exercer a sua atividade: a) através de recursos materiais e humanos próprios (médicos, hospitais e ambulatorios); b) mediante credenciamento de serviços de terceiros; c) por um sistema misto, que inclua serviços próprios e rede credenciada.

O que caracteriza o seguro de saúde, propriamente dito, é o fato de ser operado por companhia de seguro mediante regime de livre escolha de médicos e hospitais e reembolso das despesas médico-hospitalares nos limites da apólice. As seguradoras são representadas pela FENASEG.

Cooperativas de serviços médicos, são entidades organizadas por médicos com o fim de dar amparo econômico e social ao exercício de sua atividade. Prestam serviços médico-hospitalares e ambulatoriais também com recursos materiais e humanos próprios ou credenciados.

A autogestão, mencionada pelo artigo 1º, § 2º, da Lei 9.656/98, é aquela realizada por entidades ou empresas que mantenham sistemas próprios e fechados, destinados estritamente a funcionários ou associados da entidade, também

chamada por alguns autores de plano privado fechado de assistência à saúde. Tais entidades são representadas pelo CIEFAS e pela ABRASPE.

Dos tipos de operadores de planos privados de saúde, acima citados, apenas as companhias de seguradores funcionam pelo regime da livre escolha de médicos e hospitais e reembolso das despesas médico-hospitalares. As empresas de medicina de grupo e as cooperativas de serviços médicos atendem seus usuários em seus próprios serviços, onde nada têm a pagar. Em contrapartida, não têm o direito da livre escolha, salvo se isso por previsto no instrumento contratual nos casos de urgência e nos limites ali estabelecidos.

Embora não se trate de seguro, os contratos celebrados pelas empresas de medicina de grupo e as cooperativas de serviços médicos, na realidade, dele se aproximam, pois têm em comum uma contraprestação pecuniária preestabelecida para cobrir os riscos de eventual doença.<sup>6</sup>

No Brasil, as empresas de assistência privada à saúde encontraram oportunidade para atuar de forma complementar no sistema brasileiro de saúde – SUS, em função das falhas e morosidade do sistema público, mediante respaldo constitucional (art. 196/200), visto que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo livre à iniciativa privada.

Em 03 de junho de 1998, foi sancionada a Lei n.º 9.656/98, qual dispõe sobre os planos e seguros saúde, regulamentando o setor de saúde.

#### **4.2. HISTÓRICO DA LEI 9.659/98**

A Lei n.º 9.656, que regulamenta os planos privados de assistência à saúde, foi sancionada em 03 de junho de 1998, após mais de sete anos de discussões e diversos projetos apresentados na Câmara e no Senado Federal. A discussão

---

<sup>6</sup> Sergio Cavalieri Filho, Programa de Responsabilidade Civil, p. 321-322.

decolou mesmo em fevereiro de 1994 quando o Senado aprovou o projeto 93/93 do então senador Iram Saraiva contendo apenas três artigos.

O projeto seguiu para a Câmara dos Deputados sendo-lhe atribuído o n.º 4.425/94. Em setembro de 1996, após longo tempo ausente da pauta dos debates, a Câmara criou uma comissão especial para examinar o assunto e dar seqüência aos trâmites legais. O governo, inclusive, criou um grupo de trabalho interministerial Saúde, Justiça e Fazenda que apresentou uma versão preliminar para discussão. Até agosto de 1997 tinham sido apresentados 24 novos projetos e 131 emendas, das quais somente 13 foram aceitas e incorporadas no substitutivo ao projeto de Lei 4.425/94, apresentado pelo relator deputado Pinheiro Landim, passando a ter, então, 36 artigos. Exatamente em 14.10.1997 o plenário da Câmara votou o substitutivo - foram 306 votos a favor, 100 contra e três abstenções, maioria e 3/5, placar suficiente até para alterar dispositivos da Constituição Federal.

Entretanto, devido às alterações que o projeto sofreu na Câmara, era preciso que ele retornasse ao Senado para apreciação e votação, sem possibilidade de mudança no texto – seria possível apenas supressões, em obediência ao regimento daquela Casa. Após várias audiências públicas, onde participaram representantes de órgãos e entidades envolvidas com o tema, e da promessa do governo em editar Medida Provisória regulamentando as questões mais polêmicas, em 6 de maio de 1998 a Comissão de Assuntos Sociais do Senado, presidida pelo senador Ademir Andrade, manifestou-se, por unanimidade, favorável ao parecer do senador Sebastião Rocha e proposta de redação final do Projeto de Lei do Senado n.º 93, de 1993 (n.º 4.425, de 1994, na Câmara dos Deputados), que dispunha sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, consolidando as disposições aprovadas no Substitutivo da Câmara, com algumas supressões no texto, negociadas com o governo.

Finalmente, na semana seguinte, em 12 de maio, o plenário do Senado aprovou, também por unanimidade, o parecer n.º 235, de 1998. Em 3 de junho, o projeto tornou-se Lei n.º 9.656 com a sanção, sem vetos, pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. A Lei entrou em vigor em 03/09/1998, noventa dias após sua publicação. No dia seguinte ao da sanção da Lei foi editada a



primeira Medida Provisória, a de n.º 1665, alterando diversos dispositivos da referida Lei.

Conforme se esgotava o prazo de cada Medida Provisória, o que ocorria a cada 30 dias, o governo era obrigado a editar uma nova (quando houvesse alteração no seu texto) ou reeditar a mesma, até que o Congresso a colocasse em pauta.

Os modelos antigos de planos puderam continuar sendo comercializados até 31/12/1998 – a partir do que entraria em vigor o disposto na Lei 9.656 – permanecendo com validade por tempo indeterminado, a não ser que o seu usuário manifestasse o interesse de migrar para enquadrar-se na regulação nascente. Já a oferta dos novos planos que, então, deveriam ser protocolados na SUSEP, passariam a ser oferecidos enquadrados na legislação pertinente.

#### **4.3. MEDIDAS PROVISÓRIAS E DEMAIS REGULAMENTAÇÕES**

Sancionada a Lei 9.656, um dia depois, em 04/06/1998, foi baixada a primeira Medida Provisória, começando aí o processo da sua regulamentação, com supressões e acréscimos. Foram 45 as Medidas Provisórias. A última é a de n.º 2.177-44, de 24/08/2001 Por força de uma emenda constitucional então aprovada no Congresso, as Medidas Provisórias editadas passaram a ter validade até o pronunciamento do Legislativo, dispensando reedição.

A primeira MP foi a de n.º 1665, de 04/06/1998, baixada um dia depois da sanção presidencial, e já alterava o texto sancionado, excluindo da obrigatoriedade de oferta do plano referência as empresas que operassem exclusivamente planos odontológicos e estabeleceu o prazo máximo de carência em 24 horas da formalização do contrato para a cobertura de casos de urgência e emergência.

Seguiram-se, mensalmente outras, cujas principais e que trouxeram alterações significativas, relaciona-se abaixo:

MP 1730-7, de 07/12/1998 - suspendeu exigências da Lei e adiou prazos para o cumprimento de algumas exigências para efeito de registro das empresas e, também, para o registro de seus produtos, que ficaram provisoriamente registradas no Ministério da Saúde. Adiou para 03/12/1999 a obrigatoriedade de as operadoras e seguradoras disponibilizarem aos consumidores o plano referência. Proibiu aos prestadores de serviço ou profissionais de saúde manter contrato ou credenciamento com operadoras que não tivessem registro para funcionamento e comercialização.

MP 1801-9, de 28/01/1999 estipulou que a partir de 03/12/1999 os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato ou credenciamento com operadoras e seguradoras que não tivessem registro para funcionamento e comercialização.

MP 1801-14, de 17/06/1999 - garantiu às operadoras de planos e seguros reajuste dos contratos por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, devendo os mesmos serem adaptados até 31/10/1999 para a repactuação da cláusula de reajuste, em virtude de acordo estabelecido entre as seguradoras e o Ministério da Saúde.

MP 1908-17, de 27/08/1999 - acabou com a obrigatoriedade de adaptação dos contratos antigos, celebrados até 31/12/1998, facultando aos consumidores a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto na Lei n.º 9.656.

MP 1908-18, de 24/09/1999 - definiu o que vem a ser Plano Privado de Assistência à Saúde e Operadora de Planos e Carteira. Como consequência, aquelas seguradoras que operavam contratos nos moldes dos planos ficaram obrigadas a enquadrá-los como produtos, serviços ou contratos que apresentem, com garantia de cobertura financeira de riscos por assistência médica, hospitalar e odontológica, além do estabelecimento de características que os diferenciem de atividade exclusivamente financeira, e, ainda, a apresentarem plano de sucessão para transferência da carteira ou do conjunto de carteiras, no mercado de operação de planos privados. E transferida do Ministério da Fazenda (SUSEP) para o

Ministério da Saúde toda fiscalização financeira e de prestação de serviços das operadoras.

MP 1908-20, de 25/11/1999 acabou com a exigência da cobertura assistencial odontológica no plano referência e transferiu para a Agência Nacional de Saúde Suplementar a regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Definiu como limite o prazo de 31/03/2000 para a comercialização dos produtos, serviços e contratos das seguradoras sem enquadrá-los como planos, estabelecendo que estes mesmos contratos sejam mantidos até 31/12/2001 sendo obrigatória a apresentação, até 31/12/2000, do plano de sucessão ou transferência da carteira no mercado de operação de planos privados. Poderá, ainda, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS prorrogar a comercialização destes contratos até 31/12/2000 e a manutenção dos mesmos e a faculdade de constituição de operadora até 31/12/2002.

MP 1976-24, DE 09/03/2000 - mudou a forma de convocação das reuniões do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) que passou a ser feita sempre que for convocada por seu Presidente (Art. 35-B, § 4º).

MP 1976-30, de 28/08/2000 - delega à ANS a fixação de diretrizes gerais para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das empresas operadoras, adequando-as quando houver diretrizes estabelecidas pelo CONSU (Art. 35-A, Parágrafo Único).

MP 1976-33, de 23/11/2000 - alterou o art. 27, fixando a multa, de que trata o art. 25, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 e não superior a R\$ 1.000.000,00. Também incluiu, no art. 29, nove parágrafos que prevêm, excepcionalmente, a suspensão da aplicação de penalidade, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada da ANS, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

**MP 1976-34**, de 21/12/2000 - excluiu do texto da Lei o artigo em que trata das pessoas jurídicas não constituídas como operadoras de planos privados de

assistência à saúde, no caso, as seguradoras, que deverão constituir sociedades seguradoras especializadas em planos privados de assistência à saúde, até 1º de julho de 2001, conforme previsto na edição da **MP 2064**, de 22/12/2000, reeditada em 27/12/2000 como **MP 2122-1**, e em 26/01/2001 como **MP 2122-2**, depois convertida em **Lei n.º 10.185**, em 12/02/2001, dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

MP 2097-36, de 26/01/2001 - foram acrescentados cinco parágrafos ao art. 23 que trata da aplicação do regime de liquidação extrajudicial; incluídos os artigos 24-A, 24-B, 24-C e 24-D, tratando, respectivamente, sobre a indisponibilidade dos bens dos administradores das operadoras em regime de liquidação extrajudicial, das atribuições e competências do Diretor Técnico, Diretor Fiscal e do responsável pela alienação da carteira, dos créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde como preferenciais a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários, e sobre a aplicação da liquidação extrajudicial das operadoras em consonância com as Leis n.ºs 6.024, de 13/03/1974, e 6.435, de 15/07/1977, e ao Decreto-Lei n.º 73, de 21/11/1966. Foi incluído no art. 32, através do § 4º, o percentual de acréscimos no caso de ressarcimento não efetuado no prazo previsto, e, através do § 5º, a possibilidade de inscrição em dívida ativa da ANS, com cobrança judicial dos respectivos créditos de valores não recolhidos no prazo previsto. Alterou-se no art. 35-D, o limite de aplicação de multas que passou a ser de R\$ 1.000.000,00. A redação dos artigos 35-J e 35-L foi alterada em virtude da ampliação do art. 24. Foram alterados, inclusive, os artigos 04, 20, 21 e 33 da Lei n.º 9.961, de 28/01/2000, abrindo a possibilidade de aplicação de desconto de 30% para as operadoras que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, de filantropia e de odontologia e que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares, referentes a seus planos e que prestam ao menos 30% de sua atividade ao SUS; a aplicação de desconto de 5% sobre o montante devido, para operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários; e a possibilidade de parcelamento dos débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar com a perda dos descontos previstos.

A Lei n.º 10.223, de 15/05/2001 - incluiu o Art. 10-A que dispõe sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

MP 2097-40, de 24/05/2001 - alterou o art. 23 da Lei 9.656/98 não sujeitando as operadoras a falência ou insolvência civil, mas tão somente ao regime de liquidação extrajudicial, Entretanto, em vista de relatório do liquidante extrajudicial, a ANS poderá autorizar a falência ou insolvência civil da operadora. Alterou, também, passando de trinta para cinquenta por cento a redução dos valores do Anexo III do art. 20, § 9º da Lei 9.961, no caso de empresas com número de usuários inferior a vinte mil

MP 2177-43, de 27/07/2001 - alterou o Art. 8º da Lei 9.656/98, que trata requisitos para obter autorização de funcionamento às operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluindo o Art. 8º-A, que trata de requisitos que as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem seguir para obter a autorização para a comercialização ou disponibilização dos planos ou produtos. Incluiu ainda o Art. 12-A, que deu poderes para a ANS autorizar a comercialização ou disponibilização de produtos com segmentações, subsegmentações e exigências diferenciadas.

MP 2177-44, de 24/08/2001 - excluiu o § 3º, do art. 8º, que trata sobre o registro do responsável técnico junto aos Conselhos Regionais de Medicina ou Odontologia. Exclui também o Art. 8-A, que estabeleceu requisitos para as operadoras de planos privados de assistência à saúde para obter a autorização para a comercialização ou disponibilização dos planos ou produtos. Incluiu os § 3º e 4º no Art. 9º, dispondo sobre procedimentos e penalidades às operadoras.

Saliente-se que além da 45 (quarenta e cinco) Medidas Provisórias editadas e já mencionadas, mais 96 (noventa e seis) Resoluções (RDC); 36 (trinta e seis) Resoluções Normativas (RN); 129 (cento e vinte e nove) Resoluções Operacionais (RO) da Diretoria Colegiada da ANS; 21 (vinte e uma) Instruções Normativas (IN), da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, da Diretoria de Normas e Habilitação dos

Produtos e da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras; 18 (dezoito) Resoluções (RE) das Diretorias de Desenvolvimento Setorial, Normas e Habilitação dos Produtos, e Fiscalização da ANS; 26 (vinte e seis) Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e 30 (trinta) Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde regulam o setor de saúde.

#### **4.4. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE (ADIn)**

Nos dias 5 e 7/12/1998, respectivamente, as Confederações Nacional do Comércio - CNC, e da Saúde - CNS, recorreram ao Supremo Tribunal Federal, argüindo aspectos inconstitucionais da Lei n.º 9.656 e de demais atos, através de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), e suas demandas foram distribuídas para o ministro Maurício Corrêa.

As entidades questionam diversos pontos da Lei n.º 9.656, entre estes, os seguintes:

- Medida Provisória editada um dia depois da promulgação da Lei, alterando seus dispositivos e impondo novas exigências;
- Art. 192 da Constituição Federal exige Lei Complementar para dispor sobre autorização e funcionamento dos estabelecimentos de seguros (caso específico das seguradoras);
- Por contrariar princípios constitucionais de liberdade de associação, de livre iniciativa e de livre concorrência, inviabilizando, ou pelo menos, cerceando a atividade econômica das operadoras;
- Exigência de cobertura de doenças preexistentes, ampliação da cobertura e proibição de limites para internação, encarecendo o custo do atendimento;
- Determinação da aplicação retroativa de normas para os contratos firmados antes da vigência da Lei.

A ADIn proposta pela Confederação Nacional do Comércio foi retirada a partir de acordo estabelecido entre as seguradoras e o Ministério da Saúde, resultando em dispositivo na Lei, incluído pela MP 1801-14, de 17/06/1999, que garante às

operadoras de planos e seguros reajustarem seus produtos por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais.

Em 20/10/1999, o ministro do STF, Maurício Corrêa, votou pela suspensão de parte da Lei que disciplina a exigência de que os contratos existentes antes da Lei, de 03/06/1998, sejam submetidos às novas regras, como proposto pela ADIn formulada pela Confederação Nacional de Saúde. Entretanto, o julgamento foi adiado diante do pedido de vista do ministro Nelson Jobim, não sendo julgada até o momento.

**Em 03/09/2003, atendendo à ação proposta, em 1998, pela Confederação Nacional de Saúde, questionando a constitucionalidade de alguns dispositivos da Lei 9.656/98, por votação unânime de todos os seus ministros o Supremo Tribunal Federal concedeu parcialmente o pedido de liminar, para declarar que os contratos celebrados antes da edição daquela Lei não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos.**

**A decisão reconhece como inconstitucional a incidência retroativa sobre contratos celebrados antes do início da vigência da referida lei, que determinou inconstitucionalmente obrigações não pactuadas para os contratos antigos, impondo às operadoras custos não previstos, capazes de provocar o seu desequilíbrio orçamentário. Em acórdão, a liminar foi publicada no D.O.U. de 03/09/2003, reconhecendo aquela ilegalidade, restabelecendo o direito à manutenção dos contratos conforme foram acordados pelas partes envolvidas, desafogando as operadoras e garantindo aos beneficiários dos planos o direito aos serviços, coberturas e benefícios contratados.**

#### **4.5. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS**

Em razão da política econômica de descentralização da administração pública indireta que foi implementada pelo governo nas últimas décadas, houve uma substancial modificação na forma de atuação do Estado, que deixou de agir diretamente na qualidade de prestador de serviços públicos, tendo sido tal atuação

substituída pelo papel de organizador desses serviços públicos por mercados setorizados, ou multissetorizados, sendo assim conveniente discorrer brevemente acerca de Agência Reguladora

As Agências Reguladoras são institutos de direito administrativo, caracterizando-se como autarquias sob regime especial, com independência administrativa, ausência de subordinação hierárquica, estabilidade dos dirigentes e autonomia financeira e são criadas por lei, que define seu objetivo e metas a serem alcançadas, sua estrutura, forma de atividade, composição, meio de nomeação e destituição dos cargos, atribuições, forma de regulação, e assim por diante.

Para regular o setor de saúde, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em novembro de 1.999, através da MP n.º 1928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei n.º 9.961, de 28/01/2000, a ser constituída e com sede prevista na cidade do Rio de Janeiro, a autarquia tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Suas principais funções: a cobrança de taxas para registros e alterações de dados de empresas operadoras e dos planos de saúde, o exame e concessão de pedido de reajuste das mensalidades, bem como a cobrança de taxa calculada sobre o resultado da multiplicação do número médio de beneficiários de cada plano pelo valor de R\$ 2,00, deduzido o percentual total de descontos apurados em cada plano, conforme tabelas de acordo com a cobertura geográfica do plano e cobertura médico-hospitalar-odontológica.

A Câmara de Saúde Suplementar, composta pelos membros da ANS, dos ministérios e de órgãos e entidades ligados ao segmento ficou subordinada à ANS.

Todos os procedimentos de parametrização, fiscalização e controle das operadoras de planos privados de assistência à saúde são de competência da ANS.

A Agência foi, primeiramente, criada através da Medida Provisória 1.928, de 25/11/1999, reeditada em 14/12/1999 com o n.º 2.003-1 e em 30/12/1999 com o n.º



2.012-2 trazendo a alteração da cidade sede da agência, que anteriormente era a cidade do Rio de Janeiro, passando a ser a cidade de Brasília. No dia 26/01/2000, essa Medida Provisória foi aprovada por uma Comissão Mista, no Congresso, após um novo acordo de líderes que garantiu a introdução de artigo, pelo relator, deputado Ronaldo Cezar Coelho, obrigando o Poder Executivo a enviar, no prazo de 45 dias, projeto de lei reabrindo a discussão sobre a agência

Em 05/01/2000, através do Decreto n.º 3.327, o presidente da República aprova o Regulamento da ANS e no dia 06/01/2000 são expedidas as duas primeiras resoluções da Agência. A primeira aprova o Regimento Interno e a segunda define diretores responsáveis pelas diretorias da ANS.

Através da MP 2097-36, de 26/01/2001, foram alterados os artigos 04, 20, 21 e 33 desta Lei, abrindo a possibilidade de aplicação de desconto de 30% para as operadoras que se enquadravam nos segmentos de autogestão, no departamento de recursos humanos, de filantropia e de odontologia e que despendem, em sua rede própria, mais de 60% do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares, referentes a seus planos e que prestam ao menos 30% de sua atividade ao SUS; a aplicação de desconto de 5% sobre o montante devido, para operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários; e a possibilidade de parcelamento dos débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar com a perda dos descontos previstos.

Através da MP 2.177-43, de 27/07/2001, foram alterados os artigos 04, 20, 21 e 33 desta Lei, fixando normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras; estipulando índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde.

Através da MP 2.177-44, de 24/08/2001, foram alterados os artigos 04, 20, 21 e 33 desta Lei, autorizando o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos de saúde.

#### 4.6. DISTINÇÃO ENTRE SEGUROS E PLANOS DE SAÚDE

O seguro saúde e o plano de saúde não são sinônimos, apesar de dividirem o mesmo nicho de mercado e, freqüentemente, serem confundidos, distinguem-se pela forma diferenciada de prestar serviços, e de ambos serem atingidos pela Lei 9.656/98 e pelo Código de Defesa do Consumidor.

A Lei n.º 9.656/98, com a atual redação dada pela MP 2177-44 não faz qualquer referência a seguros na área de assistência à saúde. A lei preferiu conceituação que retirasse tais produtos do sistema de seguros privados, para submetê-los ao sistema de assistência à saúde, inclusive sem ingerência da SUSEP.

Em seu artigo 1º, a Lei estabelece diferentes estágios do sistema. No inciso I define o que seja plano privado de assistência à saúde, no inciso II, quais são as operadoras dos planos. E, finalmente, no inciso III, prevê as carteiras.

**O Plano Privado de Assistência à Saúde**, consoante definição legal, é a *“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, 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”*.

**Operadora de Plano de Assistência à Saúde**, é a 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, do artigo 1º, da Lei 9.656/98.

Por fim, **Carteira** é o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades

de que tratam o inciso I e o parágrafo 1º, do artigo 1º, da Lei 9.656/98, com todos os direitos e obrigações neles contidos.

Saliente-se que as primeiras versões editadas da Lei n.º 9.656/98, referiam-se tanto às seguradoras de saúde quanto às operadoras de assistência à saúde, porém, a MP 1908-18, de 24/09/1999, obrigava as seguradoras que operavam contratos nos moldes dos planos a enquadrá-los como produtos, serviços ou contratos que apresentassem, com garantia de cobertura financeira de riscos por assistência médica, hospitalar e odontológica, além do estabelecimento de características que os diferenciassem de atividade exclusivamente financeira, e, ainda, a apresentarem plano de sucessão para transferência da carteira ou do conjunto de carteiras, no mercado de operação de planos privados.

Ressalte-se, ainda, que o seguro saúde encontra-se fora da área de seguros, visto que a Lei n.º 9.656/98, retirou os poderes do Ministério da Fazenda (SUSEP) e transferiu para o ANS toda fiscalização financeira e de prestação de serviços das seguradoras.

As exigências trazidas pela MP 1908-18, fez com que muitas seguradoras vendessem suas carteiras para empresas afins ligadas às operadoras privadas de planos de saúde e, atualmente, apenas nas resoluções da ANS é que faz referência às seguradoras.

A idéia de seguro está profundamente ligada a de risco, ou seja, um indivíduo contrata um seguro com a intenção de proteger um patrimônio ou até mesmo a sua vida ou a de terceiros. Destarte *“o contrato de seguro implica transferência de risco, valendo, portanto, ainda que o sinistro não se verifique, como se dá, aliás, às mais das vezes.”*<sup>7</sup>

Vale a ressalva de um trecho da obra de Orlando Gomes que estabelece as particularidades sobre o contrato de assistência médico-hospitalar, vejamos:

*“O contrato de assistência médico-hospitalar é o instrumento jurídico utilizado para funcionar como seguro-saúde, na área de previdência privada. Visando ao*

---

<sup>7</sup> Orlando Gomes, Contratos, p. 411.

*reembolso de despesas de assistência médica e hospitalar, ou somente de uma dessas prestações, é um seguro individual submetido a condições gerais impressas no verso da apólice. O segurado obriga-se ao pagamento dos prêmios mensais, na data dos vencimentos. As mensalidades podem ser reajustadas semestralmente, se houver aumento das despesas médico-hospitalares ou mudança de faixa etária do segurado. Se houver atraso no pagamento das mensalidades por mais de trinta dias, o segurado não terá direito a qualquer atendimento. A assistência médico-hospitalar é devida nas eventualidades discriminadas no instrumento do contrato e consiste no pagamento direto ou no reembolso das despesas com esses serviços. O internamento hospitalar dura, no máximo noventa dias, dentro dos quais o segurado pode permanecer por um período equivalente à média dos dias necessários ao tratamento. Para o internamento é necessária a autorização da seguradora. Quanto aos honorários médicos, são também reembolsados na medida estabelecida no contrato e se forem superiores aos de reembolso, a diferença correrá por conta do segurado. Tanto o médico como o hospital são de livre escolha do segurado. O seguro-saúde é um contrato por tempo determinado, geralmente um ano, automaticamente renovável por igual período, e transmissível mortis causa. O atraso no pagamento das mensalidades por mais de certo tempo determina a rescisão do contrato.*

*A assistência médico-hospitalar prestada sob essa forma não se confunde com as operações da previdência privada realizadas por entidades abertas, nem com os benefícios da previdência social. Aqui o contrato é sempre de seguro, mas varia conforme os planos adotados pelas seguradoras.<sup>8</sup>*

Segundo Cláudia Lima Marques<sup>9</sup>, a característica da mutualidade é que permite simultaneamente introduzir de forma pulverizada o risco em um certo grupo, e individualizar as relações entre segurador e segurado.

O seguro-saúde tem por finalidade a cobertura de riscos, mediante o pagamento pelo segurado de prestações, assistindo-lhe a livre escolha do profissional, mediante reembolso da seguradora pelo valor pago pelo serviço. Contrariamente, na medicina de grupo, o usuário utiliza-se do pré-pagamento das mensalidades para receber o serviço diretamente da empresa, conforme definido em contrato, podendo a empresa manter serviços próprios de assistência à saúde ou credenciar serviços de terceiros. Nessa espécie de modalidade também se encaixam as cooperativas.

Destaca-se os precisos comentários de Ricardo Bechara Santos<sup>10</sup>, acerca do assunto:

---

<sup>8</sup> Ibidem, p. 467-477.

<sup>9</sup> Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde, p. 32.

<sup>10</sup> Direito de Seguro no Cotidiano, p. 45.

*“Definitivamente, pois, o seguro saúde tem objeto distinto das atividades das empresas que exploram os serviços de plano de saúde ou medicina de grupo, a teor do dispõe o Art. 129 do DL n.º 73/66, segundo o qual outro não é esse objeto senão o de ‘dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar’, pelos sistemas de livre escolha ou convênio, mediante o pagamento do que se denomina prêmio, que é a função do risco, onde o segurador suporta os custos financeiros do tratamento médico do segurado. As seguradoras, pois, garantem riscos, aquelas outras (planos de saúde) prestam serviços de medicina de grupo, pelo sistema de pré-pagamento de uma prestação de serviços futura.”*

Os comentários acima transcritos, corroboram com os fundamentos da responsabilidade das seguradoras e operadoras de saúde pela prestação de serviços médicos e hospitalares aos seus clientes, visto que as operadoras de planos de saúde respondem de forma solidária por erros de médicos e hospitais credenciados. Como já salientado, as operadoras de planos de saúde atuam através de credenciamento de médicos e hospitais, sendo que algumas possuem médicos contratados e hospitais próprios, não possibilitando a livre escolha ao usuário de plano de saúde, por mais que ofereça mais de uma opção na mesma especialidade ou hospital.

Em contrapartida, há duas possibilidades para a responsabilidade das seguradoras de saúde. Alguns autores excluem a responsabilidade solidária ou subsidiária da seguradora, no caso desta garantir aos seus segurados o direito à livre escolha do médico e da instituição hospitalar na qual ocorrerá o tratamento ou de qualquer outro prestador de serviços na área de saúde. Todavia, quando a seguradora apresenta aos segurados rol de médicos e hospitais a ela vinculados, a responsabilidade torna-se solidária, uma vez que entende-se frustrada a liberdade de escolha do segurado.

Vale destacar que tanto a seguradora quanto a operadora de planos de saúde, utiliza-se de cálculos atuariais para fixar os valores dos serviços oferecidos aos consumidores da área de saúde.

## **5. CONTRATOS DE SEGURO E PLANOS DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE**

### **5.1. PRINCIPAIS INOVAÇÕES INTRODUZIDAS PELA LEI 9.656/98**

A Lei 9.656/98 que disciplina os serviços de medicina suplementar, trouxe algumas novidades às empresas fornecedoras deste tipo de serviço, muito embora grande parte das mudanças, já estavam sendo implantadas com o uso da Constituição Federal e da Lei 8.078/90 que disciplina os direitos e os meios de defesas do consumidor, visto que cada segmento do mercado de operadoras seguia um conjunto de diretrizes básicas, mas só algumas diretrizes eram comuns aos diversos setores.

Assim, a criação da lei, por si só, é considerada por muitos um grande avanço da sociedade brasileira no sentido de dar parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então desordenada.

A edição da lei 9656/98 representou um marco do ponto de vista formal ao sistema de assistência à saúde. Todavia, não se deve olvidar que, antes da legislação especial regular o assunto, os princípios constitucionais já não permitiam pairar dúvidas quanto à relevância pública da assistência à saúde, bem como o Direito do Consumidor já era aplicável a tais espécies de contratos, razão pela qual a jurisprudência já se mostrava favorável aos usuários de sistemas de assistência privada à saúde, em sua condição de consumidores.

#### **5.1.1. Instituição do Plano Referência**

O artigo 10, da Lei 9.656/98, instituiu o plano referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no país, 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 condições mínimas de coberturas e exclusões previstas no artigo 12 da mesma lei. O seu oferecimento é obrigatório, exceto para as autogestões e as operadoras odontológicas.

O plano referência incluía, originalmente, cobertura odontológica, mas devido as dificuldades do mercado, esta assistência deixou de ser oferecida e também pela mesma razão, em dezembro de 1998, estabeleceu-se um prazo, para a obrigatoriedade do oferecimento do plano referência, de até um ano e meio a partir da vigência da lei. Todavia, na prática, apesar da exigência legal, as operadoras de planos de saúde não oferecem o produto, em decorrência do alto custo da cobertura ou quando estas disponibilizam, os interessados não optam por este tipo de produto, devido ao preço elevado.

#### **5.1.2. Delimitação de Tipos de Planos de Saúde, Coberturas e Carências**

Estabelece, o artigo 12 da Lei 9.656/98, as segmentações de planos permitidas (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológico, pode haver combinação entre os tipos de segmentações), bem como padroniza as coberturas mínimas, os prazos de carência, a obrigatoriedade de reembolso - nos casos de urgência e emergência – e a inscrição de filhos menores de 12 anos.

Assim, as operadoras de planos privados de saúde não podem negar as coberturas mínimas fixadas em lei, após o cumprimento da carência, que deve ser de no máximo 24h para a cobertura dos casos de urgência e emergência, 300 dias para partos e 180 dias para os demais casos. Recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, pode ser incluído sem carência desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção.

Carência é o período em que o consumidor paga mensalidades sem direito a utilizar todos ou alguns dos serviços contratados, sendo vedadas cláusulas contratuais que a estipulem de maneira diversa as disposições legais. A recontagem de carência, em caso de adaptação de contrato à nova legislação, é proibida e

indevida, salvo para os casos de cobertura de doença preexistente, para os quais não se aproveita o prazo de carência já cumprida, ou, ainda, nos casos de contratar novas coberturas anteriormente não previstas.

### **5.1.3. Obrigatoriedade de Renovação Automática dos Contratos de Planos de Saúde sem Cobrança de Taxas e Denúncia Unilateral do Instrumento Contratual**

Os contratos devem ter validade de no mínimo um ano e sua renovação é automática, sem qualquer ônus ao usuário, de acordo com disposto no artigo 13 da Lei 9.656/98, o qual estabelece também as únicas exceções que justifiquem a suspensão e a denúncia unilaterais dos contratos de planos de saúde.

O contrato não pode ser rescindido pela operadora a não ser que haja fraude, desde que com a devida autorização da ANS, ou falta de pagamento por mais de 60 dias, consecutivos ou não, no período dos últimos doze meses de vigência contratual. Nesse caso, o consumidor precisa ser notificado até o 15º dia de inadimplência.

Em hipótese alguma a operadora poderá suspender ou rescindir unilateralmente o contrato durante período de internação hospitalar do titular.

Mesmo antes do advento da Lei 9.656/98, no caso de o instrumento contratual conter cláusulas de rescisão por inadimplência ou de suspensão do contrato durante internamento hospitalar, as mesmas já eram consideradas nulas, com base no art. 51, IV e XI da Lei 8.078/90.

Ademais, há de se destacar que em se tratando de contrato cativo de longa duração, conforme já demonstrado, impõe-se a continuidade da prestação de serviço, haja vista que nessa modalidade contratual nenhum consumidor se vincula juridicamente por período determinado, mas sim, pelo interregno em que o bem jurídico protegido, qual seja, a saúde, estiver supostamente em risco.



Além da dependência dos consumidores, os próprios fornecedores estipulam a idéia de que a relação deve ser duradoura, ao prever variações de faixa etária, motivo pelo qual não podem simplesmente dar por rescindido o contrato sem qualquer motivo juridicamente relevante.

No entanto, comenta Luiz Antônio Rizzatto Nunes<sup>1</sup> sobre a incongruência da Lei e o erro “terminológico”:

*“Afaste-se, primeira o uso errôneo do conceito ‘denúncia unilateral’, que seria caso de resilição. Conforme comentamos um pouco antes, o contrato, uma vez iniciado, passa a vigor por tempo indeterminado, só podendo ser resolvido por iniciativa do consumidor. Então o que a norma pretendia mesmo era dizer ‘rescisão’, em vez de ‘denúncia unilateral’. E para rescindir o contrato não nos parece que basta o atraso por mais de 60 dias das parcelas devidas. A suspensão dos serviços é aceitável, mas a simples rescisão não, porque tem que se interpretar a norma no contexto do sistema em que ela está inserida, e a redação do inciso II do art. 13 é vaga e infeliz.”*

É evidente o erro do legislador: colocou no mesmo pé de igualdade suspensão do contrato e rescisão. Ora, a suspensão deixa de existir tão logo o fato que a justifica desapareça: o consumidor efetua o pagamento das parcelas em atraso e volta a ter direito ao atendimento.

Primeiramente, o autor tece críticas à utilização do termo ‘denúncia unilateral’ do contrato, que deveria ser substituído, em seu entendimento, por ‘rescisão’. Acredita-se que seu comentário seja pertinente, na medida em que a rescisão se aperfeiçoa em havendo descumprimento da mesma cláusula contratual (que seria o caso do pagamento em atraso ou da fraude), enquanto denúncia unilateral é mera por vontade de uma das partes, o que é respaldado pelo Direito do Consumidor, pois ao fornecedor não é dado o condão de resilir unilateralmente o contrato sem justa causa do consumidor.

O atraso de 60 dias não deve implicar a rescisão do contrato, uma vez que não se institui falta que não possa ser sanada, mas tão-somente suspensão dos serviços prestados. De maneira que a suspensão perde seu efeito tão logo sejam pagas as prestações em atraso.

---

<sup>1</sup> Comentários à Lei de plano e seguro-saúde (Lei 9.656, de 3-6-1998), p. 54-55.

Outrossim, além dos dispositivos legais citados, o artigo 54, § 2º, Lei 8.078/90 proíbe expressamente a resolução do contrato de adesão, salvo em caso de escolha do próprio consumidor.

#### **5.1.4. Proibição de Rejeitar Usuários em Razão de Idade ou de Doença**

Com a disposição de que ninguém pode ser impedido de participar de um seguro ou plano de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência (física ou mental) ou , ainda, em razão da idade, devendo o atendimento ser feito nos limites do seguro ou plano adquirido, a Lei 9.656/98, no artigo 14, apresentou significativa inovação, visto que, anteriormente, as operadoras de planos de saúde privados poderiam recusar contratar com portadores de deficiência.

A nova legislação beneficia também os usuários de planos de saúde portadores de transtornos mentais, inclusive dependentes químicos, que antes não tinham acesso sequer ao tratamento básico de saúde mental. As operadoras, inclusive, devem cobrir lesões decorrentes de tentativa de suicídio, já que expressam transtornos psíquicos.

#### **5.1.5. Proibição de Reajustes por Idade para Pessoas com mais de Sessenta Anos e Dez Anos num Mesmo Plano**

Reajustes em função da idade do consumidor só podem ocorrer se estiverem previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de aumento incidentes em cada uma delas, conforme as regras da ANS. Não pode haver reajuste em função da idade para consumidores com mais de 60 anos, que participarem do plano de saúde há mais de dez anos.

Não pode haver reajuste num período inferior a 12 (doze) meses, nem mesmo se existir no contrato uma cláusula prevendo reajustes e fixando um índice, como por exemplo, IGP-M ou INPC.

Em se tratando de reajuste de contratos individuais (pessoas físicas), independente da faixa etária, a operadora de saúde não pode reajustar os valores da mensalidade acima do índice autorizado pela ANS, alegando excesso de utilização do plano. Se o fizer, e for denunciada à Agência Nacional de Saúde Suplementar será autuada por conduta irregular.

Faz-se necessário esclarecer as regras para a autorização dos reajustes: as operadoras de planos de saúde informam à ANS, através de nota técnica – planilha com os aumentos de custos e a ANS, por sua vez, analisa tais planilhas e concede aumento iguais para todas as operadoras, sem, no entanto, considerar o custo e o porte de cada operadora de planos de saúde. Pela regra, o reajuste no preço dos planos individuais depende de autorização prévia da ANS, mas para fazer o aumento dos preços dos planos coletivos por adesão, as empresas que atuam neste segmento devem informar à ANS com 30 (trinta) dias de antecedência. Nos planos coletivos empresariais a definição de preço não depende de autorização da ANS, ele é objeto de negociação direta entre as operadoras de planos de saúde e empresa contratante, levando em conta, principalmente a sinistralidade daquele grupo de funcionários.

Ademais, o fato de a ANS divulgar o índice máximo de reajuste nas mensalidades dos planos de saúde individuais não significa que todas as operadoras de saúde estão autorizadas a aplicar o aumento, pois faz-se necessário que conste do boleto de pagamento o número da autorização expedida pela ANS. Sem isso, as empresas privadas de plano de saúde não podem fazer a cobrança com o novo preço.

O reajuste somente pode ser aplicado no aniversário do contrato, ou seja, no mês em que foi celebrado. Portanto, mesmo já autorizada, a operadora de saúde não pode aumentar sua mensalidade se o contrato não foi assinado há um ano e, por fim, as operadoras de planos de saúde têm 2 (dois) meses, a partir do anúncio do percentual máximo de reajuste, para apresentar seus pedidos de aumento devidamente justificados.

#### **5.1.6. Dispositivos Mínimos Obrigatórios em Todos os Contratos**

O contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros de saúde privados devem especificar com clareza: as condições de admissão; o início da vigência; os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de reajustes de prestações; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; as modalidades do plano ou seguro (individual ou familiar; coletivo empresarial ou coletivo por adesão); a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; os bônus, os descontos e os agravamentos da contraprestação pecuniária; a área geográfica de abrangência; os critérios de reajuste de preços e o número de registro na ANS, conforme dispõe o artigo 16, da Lei 9.656/98.

A operadora de planos de saúde é obrigada a entregar ao consumidor uma 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.

#### **5.1.7. Relevância da Rede Assistencial Vinculado aos Planos/Seguro de Saúde**

A maioria dos beneficiários de planos de saúde, escolhe a operadora em função do nível da sua rede de prestadores de serviço, principalmente hospitalar.

Antes do advento da Lei 9.656/98, as operadoras estavam livres para reduzir ou trocar os prestadores de serviços, sem qualquer preocupação com o beneficiário.

O artigo 17 da Lei 9.656/98, veio estabelecer limites e situações de alteração da rede de prestadores de serviços das operadoras, garantindo, assim, a manutenção da rede de prestadores de serviço divulgada quando da contratação.

#### **5.1.8. Compromisso dos Prestadores de Serviço Vinculados às Operadoras/Seguradoras**

A lei passou a regular não só a forma como as operadoras devem atender seus beneficiários, mas, também, o nível de responsabilidade dos prestadores de serviços, vinculados a planos, para com esses beneficiários, conforme disposto no artigo 18 da Lei 9.656/98.

A aceitação da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de planos de saúde, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, implicará nas obrigações de não discriminar ou atender o consumidor de determinada operadora, de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano; de a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos atender às necessidades dos consumidores, bem como privilegiar os casos de urgência ou emergência, assim como as pessoas com mais de 65 (sessenta e cinco) de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos; de não aceitação de contratação exclusiva ou de restrição à atividade profissional imposta por operadoras de saúde, bem como não prestar serviços à operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto na Lei 9.656/98, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

#### **5.1.9. Manutenção da Assistência a Aposentados e Demitidos**

A maioria dos beneficiários de planos de saúde está vinculada a um plano coletivo através de vínculo empregatício, portanto se um empregado se desligava de uma empresa, perdia também o direito ao plano de saúde, juntamente com seus familiares.

Apesar de tratar-se de uma questão polêmica, os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, e as Resoluções CONSU n.º 20 e 21 estabeleceram diretrizes e garantem, ainda que por tempo limitado, aos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa, bem como aos aposentados, desde que contribuíssem para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, a manutenção destes como beneficiários de planos de saúde, devendo as operadoras oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, planos de assistência à saúde para ativos e inativos.

Para usufruírem desse direito, os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados, deverão manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quanto da vigência do contrato de trabalho, bem como assumirem o pagamento integral do plano de saúde.

A manutenção da condição de beneficiário de plano de saúde é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

O período de manutenção nessa condição será de um terço do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses, sendo que este direito deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

#### **5.1.10. Garantia de Acomodação em Leito Hospitalar**

Nos contratos de prestação de serviços entre hospitais e operadoras de planos de saúde, normalmente se estabelece o tipo de acomodação a que os beneficiários terão direitos quando internados.

Os casos mais comuns, antes da Lei 9.656/98, referiam-se a inexistência de vagas em enfermaria, ou mesmo de quartos, com banheiro privativo, de padrão mais simples, vez que algumas entidades hospitalares recusavam-se a aceitar o paciente quando não havia vagas disponíveis em leitos desses tipos.

Neste aspecto, a Lei 9.656/98, no artigo 33, garantiu ao consumidor o acesso a acomodação, em nível superior ao contratado, sem qualquer ônus adicional, no caso de indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela operadora de planos de saúde.

#### **5.1.11. Obrigatoriedade de Atendimentos de Urgência e Emergência**

A Resolução CONSU n.º 13, de 03/11/98, estabelece diretrizes para a cobertura dos procedimentos de emergência e urgência de que trata o artigo 35-D, da Lei 9.656/98, que implicar em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente (emergência), incluindo os resultados de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional (urgência), deverá a operadora de planos de saúde garantir a atenção e a atuação para preservar a vida, órgãos e funções, conforme a segmentação (plano) de cobertura optada pelo beneficiário no momento da contratação.

O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitadas tão-somente até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Porém, se necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar na continuidade do atendimento de urgência e emergência, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor de 12 horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo qualquer ônus à operadora.

Em contrapartida, o plano hospitalar garantirá cobertura aos atendimentos de urgência, quando evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções. No entanto, se o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, a responsabilidade da operadora será limitada somente a 12 (doze) horas, igualmente àquela fixada para o plano ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

Entretanto, no caso de atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, não haverá restrições após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência contratual, na opção do plano hospitalar.

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

Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional. No caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com planos hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência –, bem como nos casos de portadores de doenças ou lesões preexistentes, a responsabilidade da operadora limitar-se-á apenas nas 12 (doze) primeiras horas.

O plano referência deverá garantir a cobertura integral, ambulatorial e hospitalar para urgência e emergência, com exceção dos casos de portadores de doenças ou lesões preexistentes, nos quais a operadora será responsabilizada somente nas 12 (doze) primeiras horas.

#### **5.1.12. Regulamentação da Alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes**

Doenças preexistente são “aquelas que o consumidor ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o artigo 11 e o inciso XII do artigo 35-A da Lei n.º 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução”, conforme definição do artigo 1º da Resolução CONSU n.º 02.

Ao contratar, o consumidor deverá declarar se possui alguma doença preexistente através da entrevista qualificada, preferencialmente acompanhado de um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada, uma vez que esse tipo de doença tem 24 (vinte e quatro) meses de cobertura parcial temporária ou é efetuado um agravamento no valor da mensalidade para o recebimento imediato do serviço, segundo art. 11 da Lei 9.656/98, ou ainda o consumidor poderá optar pela orientação de médico não pertencente à rede credenciada da operadora, desde que assumo o ônus dessa entrevista.

Assim, o dever de informação no caso de doenças ou lesões preexistentes fica a cargo do consumidor, o qual deve fornecer informações verídicas. Se o



consumidor tinha conhecimento de ser portador de certa doença ou lesão e não a declarar, estará configurada a má-fé e a fraude e, por conseguinte, a perda do direito à cobertura em relação à doença ou lesão preexistente.

O ônus de provar que o consumidor omitiu alguma doença ou lesão preexistente ao contratar é do fornecedor, haja vista que pelo desequilíbrio na relação contratual, detém o fornecedor o domínio dos meios técnicos para apurar a preexistência de doenças ou lesões. Deverá, assim, comprovar que o consumidor tinha conhecimento prévio de sua doença ou lesão sem tê-la mencionado, e que agiu com má-fé ao ocultá-la. Até que a operadora consiga essa prova, ela não pode suspender a assistência ao consumidor ou dependente.

Seria abusivo, então, o fornecedor não cobrir tais doenças ou lesões tanto no caso de o consumidor declarar possuí-la (cobertura seria após 24 vinte e quatro meses ou com o agravo seria imediata), quanto no caso de o consumidor omiti-la por desconhecimento, agindo, pois, com boa-fé.

Por fim, necessário salientar da impossibilidade do agravo ser calculado nos parâmetros definidos pela Resolução CONSU n.º 17.

### **5.1.13. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS**

A Lei 9.656/98, através do artigo 32, instituiu a obrigatoriedade das operadoras e seguradoras de planos privados de assistência à saúde ressarcirem ao Sistema Único de Saúde – SUS as despesas relativas aos atendimentos prestados aos beneficiários de seus planos e seguros de saúde, pelas entidades públicas ou privadas, estas quando conveniadas ou contratadas pelo SUS.

Para efeitos do referido artigo 32, o controle dos dados cadastrais dos usuários pela ANS concretiza-se através do artigo 20 da citada lei, que estabelece a obrigatoriedade das operadoras e seguradoras de planos privados de assistência à saúde a fornecer, periodicamente, à Agência Nacional de Saúde Suplementar, todas as informações e estatísticas relativas a suas atividades, incluídas as de natureza

cadastral, especialmente aqueles que permitam a identificação dos beneficiários titulares e de seus dependentes.

Assim, a ANS faz o cruzamento de informações cadastrais fornecidas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde para cobrar o ressarcimento toda vez que seus beneficiários recebem atendimento no SUS.

A Diretoria Colegiada da ANS, em 30 de março de 2000, baixou a Resolução RDC n.º 17, publicada no Diário Oficial de 4 de abril de 2.000, republicada, por haver saído com incorreções, no dia 18 do mesmo mês e ano, que dispõe sobre a criação da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, com valores muito superiores aos utilizados para remunerar os hospitais que prestam serviços ao sistema, sendo que o SUS paga aos prestadores de serviços por uma tabela própria, muito mais barata do que a TUNEP, por exemplo: o SUS paga R\$ 311,42 para os hospitais privados por uma cirurgia de fratura no cotovelo, porém cobra, através do ressarcimento, R\$ 1.058,50 se algum beneficiário das operadoras e seguradoras fizer a mesma cirurgia em um de seus hospitais.

Outrossim, exorbitando da delegação que lhe foi atribuída através da Lei no 9.656/98, a ANS, também através de sua Diretoria Colegiada, baixou a Resolução RDC no 18, de 30 de março de 2.000, que, absurdamente, regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32, da Lei no 9.656/98, de 03 de junho de 1.998.

Para cumprir o disposto no § 7º do artigo 32, supra citado, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS, através da competência definida na RDC 18, acima referida, baixou as Resoluções - RE n.ºs 1 e 2 , de 30 de março de 2.000, n.º 3 de 25 de abril de 2.000, n.º 4, 26 de junho de 2.000 e n.º 5, 24 de agosto de 2.000.

Verifica-se, através da enxurrada de Resoluções baixadas pela ANS, que, além de, indevidamente, regulamentar dispositivo legal, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, atraiu para si a administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento.

Várias empresas de Medicina de Grupo, associadas à ABRAMGE, contestaram judicialmente a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS, em sua legalidade e constitucionalidade, com o fundamento na violação dos artigos 196 e 199, ambos da Constituição Federal, por transferirem à iniciativa privada dever do Estado de garantir o direito à saúde de todos os cidadãos e intervenção na iniciativa privada que deve ser livre, bem como o enriquecimento ilícito do Estado, visto que a sociedade já contribui com a saúde pública através de recolhimentos ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e que a TUNEP não representa ressarcimento. Além do que, a instituição do ressarcimento ao SUS, deveria ocorrer através de Lei Complementar e não de Lei Ordinária (Lei 9.656/98).

Neste aspecto, o professor Alexandre de Moraes, em sua conceituada obra, Direito Constitucional<sup>2</sup>, *in verbis*, discorre a respeito das diferenças entre lei complementar e lei ordinária:

*“São duas as diferenças entre lei complementar e lei ordinária. A primeira é material, uma vez que somente poderá ser objeto de lei complementar a matéria taxativamente prevista na Constituição Federal, enquanto todas as demais matérias deverão ser objetos de lei ordinária. Assim, a Constituição Federal reserva determinadas matérias cuja regulamentação, obrigatoriamente, será realizada por meio de lei complementar (...). A segunda é formal e diz respeito ao processo legislativo, na fase de votação. Enquanto o ‘quorum’ para a aprovação de lei ordinária é de maioria simples (art. 47), o ‘quorum’ para a aprovação da lei complementar é de maioria absoluta (art. 69).”*

A razão da exigência de lei complementar para a criação de outras fontes para o custeio da seguridade social - além daquelas já previstas no artigo 195 da CF/88, não é outra senão a de resguardar a matéria contra alterações volúveis e constantes, ou seja, para que não seja, nunca, fruto da vontade de uma minoria ocasionalmente em condições de fazer prevalecer sua voz.

Assim, a instituição do "ressarcimento ao SUS" é inconstitucional, não só pelo seu mérito, mas também porque foi imposto através de diploma legal ordinário, sem respaldo em lei complementar, consoante o estatuído na Constituição da República. Nesse sentido trilha o entendimento do Superior Tribunal de Justiça:

---

<sup>2</sup> 3ª ed., Editora Atlas, 1998, p. 464.

*“A lei ordinária que dispõe a respeito de matéria reservada à lei complementar usurpa competência fixada na Constituição Federal, incidindo no vício de inconstitucionalidade”. (STJ – 2ª Turma – Resp n.º 92.508/DF – Rel. Min. Ari Pargendler, Diário da Justiça, Seção I, 25 de agosto de 1997, p. 39.337)*

São mais de 3 (três) mil ações na Justiça discutindo o ressarcimento e assuntos como a taxa de saúde suplementar, e segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 155 processos questionando o ressarcimento já foram analisados pela Justiça, com 129 sentenças favoráveis à ANS e 26 aos planos privados. De acordo com o procurador-geral da ANS, na época, Luiz Felipe Conde, a Agência também tem duas decisões de mérito favoráveis no Tribunal Regional Federal (TRF) da 2ª Região, com sede no Rio de Janeiro, e duas no TRF da 4ª Região, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em conformidade com dados registrados no Jornal Valor Econômico.<sup>3</sup>

Apesar do balanço da ANS, algumas operadoras continuam a obter decisões favoráveis, como a dada recentemente pelo juiz Paulo Santo André Espírito Santo, da 24ª Vara Federal do Rio de Janeiro, liberando uma operadora do ressarcimento de R\$ 54,9 mil<sup>4</sup>

Não bastasse o ônus já imposto às operadoras privadas de saúde, a ANS publicou a Instrução Normativa n.º 10, em 21 de março de 2003, publicada no D.O.U. de 25/03/2003, seção 1 e republicada no D.O.U. de 10/04/2003, seção 1, estabelecendo a sistemática de reconferência periódica anual, no final de cada exercício, do cruzamento das informações do cadastro de beneficiários com as autorizações de internação hospitalar (AIH) do SUS, desde a competência de setembro de 1999, visando a cobrança do ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados que não tenham sido objeto de cobrança.

Sendo a saúde um direito universal, o Estado não pode fazer distinção entre quem tem e quem não tem plano privado, devendo-se considerar, ainda, que o indivíduo que contratou um plano de saúde pode QUERER ser atendido pela rede pública de saúde ao invés de utilizar o hospital particular credenciado ao plano e

---

<sup>3</sup> São Paulo, 26.12.2002.

<sup>4</sup> Idem.

com isso, o Estado não pode, de forma alguma, intervir na manifestação de vontade do indivíduo particular (art. 5º caput CF/88), ou, até mesmo, no caso de uma emergência não estar portando documentos que comprove a sua adesão à alguma operadora de plano de saúde privado.

Entende-se que o referido art. 32, transfere, unilateralmente, à esfera privada o dever constitucional e originário do Estado de prestar, em caráter universal, serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, como prescrito no art. 196 da Constituição Federal.

O beneficiário de plano de saúde não tem a obrigação de utilizar, exclusivamente, os serviços dos referidos planos, mas a liberdade de utilizá-los. Destarte, e o beneficiário utilizar-se de serviços não credenciados, deverá remunerá-los diretamente, se for a hipótese, e se utilizar-se do Sistema Único de Saúde – SUS, nada pagará, porque assim este funciona.

É evidente que essa transferência de encargos terminará por resultar em aumento desordenado às operadoras de saúde, recaindo tais aumentos, é claro, sobre os seus contratos, sobre os valores de suas prestações. Assim, o cidadão que já não conta com a saúde pública, por ele financiada através de pagamento de tributos, tanto que se sente obrigado a contratar planos privados de saúde, terminará tendo de financiar, por via indireta, através de suas prestações, o próprio sistema público de saúde.

Assim, todos os beneficiários de planos privados de saúde terminarão financiando a saúde pública, ainda que jamais se utilizem dos seus mecanismos. Em verdade, não se pode conceber que as operadoras privadas de tais planos, diretamente, e seus beneficiários, indiretamente, passem, com isto, a suprir a deficiência estatal, desconsiderando os tributos que já pagam para este fim.

Os hospitais e prestadores de serviços recebem pela tabela do SUS, gastam pela tabela do SUS, mas a ANS pretende que o ressarcimento seja feito por meio da tabela TUNEP, violando o disposto no § 8º, art. 32, estabelecendo que os valores

seriam iguais aos da tabela do SUS, desde que não superiores aos praticados pelas operadoras de planos de saúde.

## CONCLUSÕES

1. A teoria contratual passa por transformações em sua interpretação doutrinária a fim de adequar-se às novas exigências sociais. Entende-se que o contrato se socializa com o fito de propiciar aos contratantes a consecução do objetivo intentado desde os primórdios da atividade contratual: a segurança, o que só se atinge com o pleno equilíbrio entre as partes integrantes do vínculo.
2. A interferência do Estado na economia implicou em uma limitação à liberdade de contratar, com o conseqüente encolhimento da autonomia privada, tolhendo a liberdade de determinação do conteúdo da relação contratual.
3. A função social do contrato, prevista no art. 421, do novo Código Civil, constitui cláusula geral, vem reforçar o princípio de manutenção do contrato, assegurando trocas úteis e justas. Em contrapartida, a cláusula geral contida no art. 422 do mesmo diploma legal, impõe ao juiz interpretar, e quando necessário, suprir e corrigir o contrato segundo a boa-fé objetiva, entendida como a exigência de comportamento leal dos contratantes.
4. Tanto nos seguros quanto nos planos de assistência à saúde, trata-se de uma prestação de serviços, que configura a relação de consumo formada de um lado por um fornecedor de serviços que é a empresa seguradora ou operadora, nos exatos termos do art. 3º, § 2º do Código de Defesa do Consumidor, e, de outro lado, por um consumidor destinatário final de tais serviços, de acordo com o art. 2º do CDC. Assim, essa relação é regida, prevalentemente, pelas normas do Código de Defesa do Consumidor, que são de ordem pública e interesse social (Art. 1º), e inderrogáveis pela vontade das partes.
5. Para desfrutar de um livre comércio, o consumidor deve sentir-se seguro e dispor de um apropriado sistema de proteção contra qualquer tipo de práticas comerciais abusivas, e, na área de saúde, com a formação de um microssistema jurídico, incluindo todos os atos normativos e reguladores da ANS e também do CDC, o consumidor pode sentir-se seguro de que seus direitos serão preservados.

6. Com a efetiva fiscalização e normatização da ANS na área de saúde, há, atualmente, espaço muito reduzido para que as seguradoras e operadoras incluam cláusulas abusivas ou até mesmo, venham utilizar-se de práticas abusivas, tentando lesar os interesses de seus beneficiários.
7. O consumidor deve ter amplo conhecimento das condições gerais e especiais dos seguros e planos de assistência à saúde, passou a ser essencial para a sua validade, especialmente por tais contratos serem de adesão.
8. As cláusulas limitativas do risco, na ausência de regulamentação, fazem parte do contexto contratual, para preservar o seu equilíbrio.
9. Os contratos de planos de assistência à saúde, são contratos de longa duração que envolvem a necessidade de uma renegociação constante no curso de toda a vida de uma relação contratual, pois, quando da contratação de um plano de saúde, estabelece-se uma relação mutável que pode durar vários anos.
10. Destarte, deve-se criar novos mecanismos de revisão constante dos termos da relação contratual, eis que, um contrato que inicialmente era muito justo, muito equilibrado e não abusivo, pode vir a tornar-se um contrato abusivo e desequilibrado no final, por razões completamente alheias à vontade das partes. Impondo-se assim a necessidade da revisão contratual.
11. O CDC tem uma série de categorias que deram abertura para o entendimento de uma abordagem mais relacional dos contratos. Por exemplo, o artigo 6º, do referido código permite modificar as cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais de sua revisão por razão de fatos supervenientes que a tornem excessivamente onerosas. É um direito do consumidor rever os termos de um contrato em razão de fato superveniente.
12. O CDC vem então estabelecer um patamar de lealdade e de controle em que a boa-fé passa a ser, objetivamente, um pensar não só em si mesmo, ou em como se poderá transferir riscos profissionais próprios para o outro consumidor



através de um contrato, mas sim pensar que este também tem expectativas legítimas. Ou seja, que a relação que se forma entre o fornecedor e o consumidor não serve somente às vantagens do primeiro, mas também a que o outro atinja o fim previsto no contrato que resultou de um prévio encontro entre os dois.

13. O Estado, abruptamente, delegou funções de sua responsabilidade a particulares, quando editou a Lei n.º 9.656/98, definindo regras e padrões para o controle de gestão e desempenho das operadoras de saúde. Todavia, a evolução dos custos das operadoras privadas de planos de assistência à saúde foi provocada por razões e causas diversas, como a implementação das exigências da regulamentação quanto aos aspectos operacionais, administrativos e de dispositivos legais (auditoria externa, contratação de notas técnicas por produtos, acompanhamento atuarial, prestação de contas trimestral à ANS, publicação de balanços, sistema de gestão para atender ao volumoso elenco de exigências), bem como a necessidade de ampliação no quadro de funcionários.

14. Com o passar do tempo, constata-se que, não obstante seus pontos positivos, a Lei n.º 9.656/98 foi muito além do que deveria, pois, ninguém duvida, é verdade, que era necessário enxugar o mercado das operadoras oportunistas e garantir a solvabilidade daquelas que permanecessem em atividade. Ou seja, o Estado já não podia furtar-se do dever de garantir que as operadoras privadas de planos de saúde efetivamente entregassem o que vendiam ao consumidor. Por outro lado, a intervenção exagerada da lei e da ANS no conteúdo dos contratos trouxe grande instabilidade ao setor.

15. Não se pode ignorar, atualmente, que o controle de preços de **planos individuais** afastaram as operadoras de planos de saúde desse segmento e restringiram a oferta, em prejuízo dos consumidores. Da mesma forma, é necessário reconhecer a incompatibilidade entre o contrato de seguro (seja ele qual for) e a cobertura ilimitada, que, apesar de muito bem aceita pelos desavisados, gera risco inestimável e incontrolável tanto para as OPS quanto para os demais elos da engrenagem, que delas dependem diretamente.

16. Ao longo dos anos o governo brasileiro vem autorizando o aumento dos planos de saúde de forma linear, com base na variação da inflação. Como os custos da medicina moderna não têm vinculação direta com ela, o resultado é que vários planos individuais, por não poderem renegociar seus custos com os usuários, acabaram ficando desequilibrados, e isso tem comprometido o atendimento de uma enorme massa de beneficiários, quer por quebra pura e simples do plano, quer por diminuição no padrão dos serviços oferecidos.

17. No balanço geral, o resultado é visivelmente negativo. A bola de neve que deu início à descapitalização das operadoras privadas de planos de assistência à saúde vem comprometendo o setor de forma visível, principalmente pelo achatamento da remuneração dos prestadores de serviços de saúde que, por sua vez, gera a redução dos investimentos no setor e, em conseqüência, o comprometimento crescente da qualidade da prestação de serviços.

18. Sem dúvida, um quadro que não interessa a ninguém e no qual o maior prejudicado é exatamente aqueles a quem se pretendeu proteger, ou seja, os consumidores.

19. Se não houvesse o segmento de saúde suplementar e, conseqüentemente, os planos de saúde, estaríamos todos a mercê do SUS, o qual não suportaria o atendimento de toda a sociedade. Assim, faz-se necessário repensar o modelo e discutir os interesses de todas as partes envolvidas. Porém sem radicalizar, pois a radicalização inviabiliza qualquer processo democrático de se levar à discussão de um sistema salutar para a sociedade.

20. Finalmente, defende-se a necessidade de ajustes diferenciados, de acordo com a realidade de cada operadora e das regiões em que atuam - pois não é correto aplicar um percentual linear para todas as empresas, que são diferentes entre si, colocando assim em risco a sua estabilidade. Impõe-se também uma desregulamentação do setor de saúde, viabilizando assim a expansão e qualidade dos serviços prestados pelas operadoras privadas de planos de assistência à saúde, propiciando o tão almejado e necessário equilíbrio contratual entre as partes.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALVIM, Arruda; ALVIM, Thereza; ALVIM, Eduardo Arruda; MARINS. **Código do consumidor comentado**. 2ª ed., São Paulo: RT, 1997.
- AMARANTE, Cecília Nunes. **Justiça ou equidade nas relações de consumo**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1998.
- BECHARA SANTOS, Ricardo. **Direito de seguro no cotidiano**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1999.
- BITTAR, Carlos Alberto. **Direito dos Contratos e dos Atos Unilaterais**. Rio de Janeiro: Forense, 1990.
- BONATTO, Cláudio; MORAES, Paulo Valério Dal Pai. **Questões controvertidas no código de defesa do consumidor**. 2ª ed., Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.
- BRASIL, Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. **Guia dos direitos do consumidor de seguros e planos de saúde**. 1999.
- CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 2ª ed., 4ª tiragem, São Paulo, Malheiros Editores, 2001.
- FONSECA, João Bosco Leopoldino da. **Cláusulas abusivas nos contratos**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Forense, 1995.
- GOMES, Orlando. **Contratos**. 18ª ed., Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- GRINOVER, Ada Pellegrini; BENJAMIM, Antônio Herman de Vasconcellos; FINK, Daniel Roberto; FILOMENO, José Geraldo Brito; WATANABE, Kazuo; Júnior, Nelson Nery; DENARI, Zelmo. **Código brasileiro de defesa do consumidor comentado pelos autores do anteprojeto**. 5ª ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- KARAM, Munir. **Anais do VII Fórum Jurídico do Seguro Privado**. Itapema/SC: Editora Reoproarte, 1997.
- LÔBO, Paulo Luiz Neto. **Condições gerais dos contratos e cláusulas abusivas**. São Paulo: Saraiva, 1991.
- LOUREIRO, Luiz Guilherme de Andrade V. **Seguro saúde (Lei n.º 9656/98): comentários, doutrina e jurisprudência**. São Paulo: LEJUS, 2000.
- LUCCA; Newton de. **Direito do consumidor – aspectos práticos – perguntas e respostas**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

- MANDELBAUM, Renata. **Contratos de Adesão e de Consumo**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.
- MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor**. 4ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- \_\_\_\_\_, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima Lopes; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos; PASQUALATTO, Adalberto. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. 1ª ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- MARTINS-COSTA, Judith. **A boa-fé no direito privado**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.
- MENEZES CORDEIRO, António Manuel da Rocha. **Da boa-fé no direito civil**. Coimbra: Almedina, 1997.
- MIRANDA, Custódio da Piedade Ubaldino. **Contrato de Adesão**. São Paulo: Editora Atlas S/A, 2002.
- NALIN, Paulo Roberto. **Do contrato: conceito pós-moderno (em busca de sua formulação na perspectiva civil-constitucional)**. Curitiba: Juruá, 2001.
- NEGREIROS, Teresa. **Fundamentos para uma interpretação constitucional do princípio da boa-fé**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.
- NORONHA, Fernando. **O direito dos contratos e seus princípios fundamentais (autonomia privada, boa-fé, justiça contratual)**. São Paulo: Saraiva, 1994.
- NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. **Comentários à Lei de plano e seguro-saúde (Lei 9.656, de 3-6-1998)**. São Paulo: Saraiva, 1999.
- ROPPO, Enzo. **O contrato**. Coimbra: Almedina, 1988.
- SABATOVSKI, Emilio; FONTOURA, Iara P. **Planos e Seguros de Assistência à Saúde**. Curitiba: Juruá, 1999.
- TEPEDINO, Gustavo. **Temas de Direito Civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.
- VARELA, João de Matos ANTUNES. **Das obrigações em geral**. 7ª ed., Coimbra: Almedina, 1991.

**ANEXOS**

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

*Dispõe sobre os Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.*

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

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou Jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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;

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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** Fica 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. 30, 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;



**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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;

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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 n.º 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;

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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

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

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

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

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

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

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

III - inseminação artificial;

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

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

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

VIII procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

§ 1º. As exceções constantes dos incisos VII e VIII 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.

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

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

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

II - quando incluir internação hospitalar:

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

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

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

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

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

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

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

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

IV - quando incluir atendimento odontológico:

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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;

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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

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

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

**Art. 15.** É facultada a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei em razão da idade do consumidor, desde que sejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme critérios e parâmetros gerais fixados pelo CNSP.

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

**Art. 16.** Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

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

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

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

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - as modalidades do plano ou seguro:

a) individual;

b) familiar; ou

c) coletivo;

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

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

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

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

§ 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, contados 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

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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 n.º 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 n.º 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 são 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.



**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

**Art. 25.** As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

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

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

**Art. 26.** Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.

**Art. 27.** As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R\$ 50. 000, 00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

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

**Art. 28.** Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contados 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.

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

§ 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 Sistema Único de Saúde - SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.

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

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

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

**Art. 33.** Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso a 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,

**LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**  
(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO EM 04/06/98)

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 § 1º deste artigo 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.

**Texto da Lei nº 9.961 de 28.01.2000 com dispositivos alterados de acordo com a Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001**

LEGENDA:		- Quadriculas sombreadas referem-se a textos revogados na Lei
		- Textos com nova redação exclusivamente a partir das respectivas MPs
		- Textos incluídos na Lei exclusivamente a partir das respectivas MPs.

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar  
– ANS e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I  
DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA**

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

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 ressarcimento 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, ouvido o Ministério da Fazenda;

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 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;

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 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;

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;

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;

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.

§ 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.

§ 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)

## **CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

Art. 5º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6º A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 7º O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 8º Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato em virtude de:

- I - condenação penal transitada em julgado;
- II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;
- III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e
- IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o Capítulo III desta Lei.

§ 1º Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.

§ 2º O afastamento de que trata o § 1º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.

Art. 9º Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:

- I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;
- II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

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, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

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

§ 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. 11. Compete ao Diretor-Presidente:

- I - representar legalmente a ANS;
- II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;
- III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;
- IV - decidir nas questões de urgência *ad referendum* da Diretoria Colegiada;
- V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;
- VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;
- VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada;

VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.

Art. 12. São criados os cargos em comissão de Natureza Especial, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e os Cargos Comissionados de Saúde Suplementar - CCSS, com a finalidade de integrar a estrutura da ANS, relacionados no Anexo I desta Lei.

§ 1º Os cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS serão exercidos, preferencialmente, por integrantes do quadro de pessoal da autarquia.

§ 2º Do total de CCSS, no mínimo noventa por cento são de ocupação exclusiva de empregados do quadro efetivo, cabendo à Diretoria Colegiada dispor sobre o provimento dos dez por cento restantes.

§ 3º Enquanto não estiverem completamente preenchidas as vagas do quadro de pessoal efetivo da ANS, os cargos de que trata o *caput* poderão ser ocupados por pessoal requisitado de outros órgãos e entidades da administração pública, devendo essa ocupação ser reduzida no prazo máximo de cinco anos.

§ 4º O servidor ou empregado investido em CCSS perceberá os vencimentos do cargo efetivo, acrescidos do valor do cargo comissionado para o qual tiver sido designado.

§ 5º Cabe à Diretoria Colegiada dispor sobre a realocação dos quantitativos e distribuição dos CCSS dentro de sua estrutura organizacional, observados os níveis hierárquicos, os valores de retribuição correspondentes e o respectivo custo global estabelecidos no Anexo I.

§ 6º A designação para CCSS é inacumulável com a designação ou nomeação para qualquer outra forma de comissionamento, cessando o seu pagamento durante as situações de afastamento do servidor, inclusive aquelas consideradas de efetivo exercício, ressalvados os períodos a que se referem os incisos I, IV, VI e VIII do art. 102 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com as alterações da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.

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;

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

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

- 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.

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 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)

### **CAPÍTULO III DO CONTRATO DE GESTÃO**

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

### **CAPÍTULO IV DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA**

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venha a adquirir ou incorporar.

Art. 17. Constituem receitas da ANS:

- I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;
- II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;
- III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;
- IV - o produto da execução da sua dívida ativa;
- V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;
- VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;
- VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;
- VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;
- IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;
- X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;
- XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

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.

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 conseqüências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus a 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).

§ 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 dependem, 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 comercializem 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. 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).

§ 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.

Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1º de janeiro de 2000.

Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.

Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

## **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 27. A ANS poderá requisitar, com ônus e para ocupação de cargos comissionados, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Durante os primeiros trinta e seis meses subsequentes à sua instalação, a ANS poderá:

I - requisitar servidores e empregados de órgãos e entidades públicos, independentemente da função ou atividade a ser exercida;

II - complementar a remuneração do servidor ou empregado requisitado, até o limite da remuneração do cargo efetivo ou emprego ocupado no órgão ou na entidade de origem, quando a requisição implicar redução dessa remuneração.

Art. 28. Nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, é a ANS autorizada a efetuar contratação temporária por prazo não excedente a trinta e seis meses, a contar de sua instalação.

§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, são consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento e à avaliação de atividades, projetos e programas de caráter finalístico na área de regulação da saúde suplementar, suporte administrativo e jurídico imprescindíveis à implantação da ANS.

§ 2º A contratação de pessoal temporário poderá ser efetivada à vista de notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do *curriculum vitae*.

§ 3º As contratações temporárias serão feitas por tempo determinado e observado o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o *caput*.

§ 4º A remuneração do pessoal contratado temporariamente terá como referência valores definidos em ato conjunto da ANS e do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec.

§ 5º Aplica-se ao pessoal contratado temporariamente pela ANS o disposto nos arts. 5º e 6º, no parágrafo único do art. 7º, nos arts. 8º, 9º, 10, 11, 12 e 16 da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou pertencente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6º desta Lei.

§ 1º Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§ 2º Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. É o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da ANS, utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e

administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor;

III sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

"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, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso." (NR)

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos arts. 54 a 58 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterado pela Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1º A substituição a que se refere o *caput*, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§ 2º Enquanto não operada a substituição na forma do § 1º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber, aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem assim às suas operadoras.

Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de janeiro de 2000; 179º da Independência e 112º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*José Serra*

(\*) Publicado no D.O. de 29.01.2000 (Ed. Extra)

**ANEXO I****QUADRO DEMONSTRATIVO DE CARGOS DE NATUREZA ESPECIAL E EM COMISSÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

<b>UNIDADE</b>	<b>Nº DE CARGOS</b>	<b>DENOMINAÇÃO</b>	<b>NE/DAS</b>
Diretoria Colegiada	5	Diretor	NE
	5	Diretor-Adjunto	101.5
	6	Assessor Especial	102.5
	5	Assessor	102.4
Gabinete	1	Chefe	101.4
Procuradoria	1	Procurador-Geral	101.5
Ouvidoria	1	Ouvidor	101.4
Corregedoria	1	Corregedor	101.4
	6	Gerente-Geral	101.5
	29	Gerente	101.4

**QUADRO DEMONSTRATIVO DE CARGOS COMISSIONADOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

<b>CÓDIGO/CCSS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO (R\$)</b>	<b>TOTAL (R\$)</b>
CCSS-V	34	1.170,00	39.780,00
CCSS-IV	70	855,00	59.850,00
CCSS-III	12	664,00	7.968,00
CCSS-II	16	585,00	9.360,00
CCSS-I	38	518,00	19.684,00
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>		<b>136.642,00</b>

## ANEXO II

## TABELA I

## DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

<b>Abrangência Geográfica</b>	<b>Desconto (%)</b>
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

## TABELA II

## DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-ODONTOLÓGICA OFERECIDA

<b>Cobertura</b>	<b>Desconto (%)</b>
Ambulatorial (A)	20
A+Hospitalar (H)	6
A+H +Odontológico (O)	4
A+H+Obstetrícia (OB)	4
A+H+OB+O	2
A+O	14
H	16
H+O	14
H+OB	14
H+OB+O	12
O	32

**ANEXO III****ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

<b>Atos de Saúde Suplementar</b>	<b>Valor (R\$)</b>
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



**Texto da Lei nº 10.185, de 12.02.2001 com dispositivos alterados de acordo com a Medida Provisória nº 2177-43, de 27 de julho de 2001**

LEGENDA:	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 50px; height: 50px;"> <tr> <td style="text-align: center;">▨</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">INC</td> </tr> </table>	▨	NR	INC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quadrículas sombreadas referem-se a textos revogados na Lei</li> <li>- Textos com nova redação exclusivamente a partir das respectivas MPs</li> <li>- Textos incluídos na Lei exclusivamente a partir das respectivas MPs.</li> </ul>
▨					
NR					
INC					

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

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 2.122-2, de 2001, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Antonio Carlos Magalhães, Presidente, para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 62 da Constituição Federal, promulgo a seguinte Lei:

**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 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)

§ 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.

**Art. 2º** Para efeito da Lei nº 9.656, de 1998, e da Lei nº 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

**Art. 3º** A sociedade seguradora que não se adaptar ao disposto nesta Lei fica obrigada a transferir sua carteira de saúde para sociedade seguradora especializada já estabelecida

ou para operadora de planos privados de assistência à saúde, que venha a apresentar o plano de sucessão segundo as normas fixadas pela ANS.

Parágrafo único. Deverá ser observado o prazo limite de 1º de julho de 2001 para a transferência da carteira de saúde de que trata o **caput** deste artigo.

**Art. 4º** Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2.122-1, de 27 de dezembro de 2000.

**Art. 5º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Congresso Nacional, em 12 de fevereiro de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

Senador ANTONIO CARLOS MAGALHÃES

Presidente

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 2, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.


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

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

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

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

I – “segmentação”, cada um dos tipos de planos de que trata o Art. 12 da lei nº 9.656/98;  
II – “cobertura parcial temporária”, aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às **doenças e lesões preexistentes, assim caracterizados conforme o caput do Art. 1º desta Resolução.**

- 
- a) quaisquer doenças específicas;
  - b) coberturas previstas nos artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98, conforme regulamentações específicas;
  - c) doenças e lesões preexistentes;

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4º Sendo constatada pela operadora por perícia, ou na entrevista através de declaração expressa do consumidor, a existência de lesão ou doença, que possa gerar **necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade**, será obrigatório o oferecimento das alternativas previstas nesta regulamentação, ou seja: a cobertura parcial temporária e agravo do contrato.

**§ 1º - A escolha de uma das alternativas constantes do caput deste artigo dependerá exclusivamente da decisão do consumidor por meio de declaração expressa.**

**§ 2º - As operadoras de planos e seguros de assistência à saúde, poderão por sua livre iniciativa oferecer cobertura total no caso de doenças e lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o consumidor.**

**§ 3º - No caso de aplicação da cobertura parcial temporária, as operadoras deverão considerar somente a suspensão de evento cirúrgico, de uso de leito de alta tecnologia e dos procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à doença ou lesão preexistente especificada.**

**§ 4º - O agravo pode ser aplicado apenas à patologia que requeira evento cirúrgico e/ou uso de leitos de alta tecnologia, e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados a ela.**

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 1º À operadora caberá o ônus da prova.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 3, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)(\*\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.

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

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

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

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

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

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

- I – lavrar o auto de infração indicando o dispositivo legal ou regulamentar transgredido assinando o prazo de 10 (dez) dias para apresentação da defesa ou impugnação;
- II – instaurar o competente processo administrativo;
- III – proferir o julgamento aplicado a penalidade cabível de acordo com a natureza e gravidade da infração cometida, as circunstâncias atenuantes e agravantes e os antecedentes do infrator;
- IV – comunicar à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, os casos que dependerão de sua participação, de acordo com a Lei 9656/98.

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

- I – advertência;
- II – multa pecuniária;
- III – suspensão do exercício do cargo;
- IV – inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde;

V – inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere a Lei nº 9.656/98, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras;

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

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

§ 2º Sempre que ocorrerem graves deficiências em relação aos parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, o Ministério da Saúde poderá nomear um diretor-técnico com as atribuições a serem determinadas pelo CONSU.

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

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

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

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

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

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

II – os antecedentes da operadora quanto à prestação de serviços de saúde suplementar;

III – as circunstâncias atenuantes e agravantes.

Art. 6º São circunstâncias atenuantes:

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

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

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

Art. 7º São circunstâncias agravantes:

I – A reincidência;

II – a infração ter gerado vantagens financeiras diretas ou indiretas para a operadoras ou seus prestadores;

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

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

V – ser a infração cometida mediante fraude ou má fé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X – deixar de fornecer, ao contratante, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro de assistência à saúde, além do material explicativo que deverá ser feito em linguagem simples e precisa, com todas as suas características, direitos e obrigações, conforme dispõe o § 1º do art. 16 da Lei nº 9.656/98;

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

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

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



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

- I – lavratura de auto de infração;
- II – denúncia ou reclamação encaminhada ao Ministério da Saúde;
- III – solicitação, encaminhada por autoridade competente.

Parágrafo Único. **O CONSU formalizará em resolução norma regulamentadora dispondo sobre:**

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

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

Parágrafo Único. A prescrição interrompe-se pela notificação, ou outro ato da autoridade competente, que objetive a sua apuração e consequente imposição de pena.

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

(\*\*) Esta resolução sofreu correções nos Art. 7º, Inciso VI, Art. 10, Inciso VI e Art. 12, § 1º, de acordo com retificação publicada no D.O.U. de 17/03/99, Secção 1, pág. 51.

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 5, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.

*Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei nº 9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.*

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

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

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

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

Art. 3º **A contratação de sua rede credenciada e referenciada de serviços e a administração de sua rede própria, deverão ser realizadas de forma direta, só sendo permitida a terceirização através de convênios de reciprocidade com entidades congêneres ou em regiões com dificuldade ou carência de contratação direta.**

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

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

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

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

I – firmar, quando solicitado pelo Ministério da Saúde, sem ônus financeiro, ajuste ou convênio de parceria, ou de cooperação, em programas específicos de promoção da saúde e prevenção de doenças;

II – disponibilizar, sempre que solicitado pelo Ministério da Saúde e, em prazo previamente acordado, informações de índices de desempenho, base de dados, custos e outros sobre gestão de saúde.

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

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

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 9, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 22, de 21/10/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 22, de 21/10/99.

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

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

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

Parágrafo Único: Os gestores **objeto deste Artigo** são o Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, **estes últimos** quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme definido **pelas normas do Ministério da Saúde**.

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

I – **os** realizados por unidades públicas de saúde;

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

Parágrafo Único: Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, ue tenham contratos diretos com operadora de **planos privados de assistência à saúde**, prevalecerão as condições estabelecidas **nesses** contratos.

Art. 3º O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, **aprovada pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o § 1º** do Artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

**Parágrafo Único. A TUNEP indentificará os procedimentos, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional e definirá os valores de referência.**

Art. 4º **Os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento poderão alterar os valores definidos pela TUNEP, dentro dos limites estabelecidos pelo § 5º do Artigo 32 da Lei nº 9.656/98.**

§1º Antes de determinarem os valores a serem aplicados, os gestores **estaduais ou municipais em gestão plena do sistema** deverão ouvir os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do SUS.

§2º Os gestores **responsáveis pelo processamento do ressarcimento** deverão divulgar **às partes interessadas**, o local, **a data, a pauta** e as representações convidadas para **o cumprimento do disposto no § 1º, utilizando-se de Diário Oficial, carta registrada ou outros meios de comunicação formal.**

§3º Enquanto os gestores **estaduais ou municipais em gestão plena do sistema não propuserem novos** valores para a TUNEP, deverão ser adotados **os valores aprovados pelo CONSU.**

§4º Os valores definidos pelos gestores **estaduais ou municipais em gestão plena do sistema, quando acordados nos termos dos parágrafos deste dispositivo, serão homologados pelo Ministério da Saúde.**

§5º **Nos casos onde não acontecer o acordo, obedecer-se-á o seguinte:**

**I - O gestor responsável pelo processamento do ressarcimento envia ao Ministério da Saúde os valores propostos acompanhados de documentação comprobatória das reuniões realizadas com os interessados;**

**II - O Ministério da Saúde avalia a proposta, emite parecer e encaminha ao CONSU;**

**III - Os valores são deliberados pelo CONSU.**

Art. 5º A identificação dos atendimentos a serem ressarcidos será feita com base em dados cadastrais **fornecidos ao Ministério da Saúde** pelas operadoras definidas no artigo 1º da Lei nº 9.656/98.

**§ 1º. A identificação do beneficiário se dará exclusivamente por meio do cruzamento de banco de dados, não sendo considerada, para fins de ressarcimento, qualquer identificação obtida na unidade prestadora de serviço.**

**§ 2º. A unidade prestadora de serviços ao SUS que comprovadamente estiver utilizando mecanismos próprios para esta identificação, em prejuízo da universalidade do acesso de seus usuários, será excluída do benefício ao ressarcimento, sem prejuízo de outras medidas punitivas, tomadas pelo gestor ao qual a unidade esteja subordinada.**

**I - O Ministério da Saúde definirá, em norma própria a ser editada, a graduação desta penação.**

**§ 3º. No disposto no § 2º, o ressarcimento destinar-se-á:**

**I - caso a unidade prestadora seja privada, contratada ou conveniada ao SUS, o ressarcimento será partilhado igualmente pelos gestores;**

**II - caso a unidade prestadora seja pública a totalidade do ressarcimento destinar-se-á ao Fundo Nacional de Saúde.**

§ 4º. Os dados cadastrais, o fluxo de sua atualização e a rotina do processamento da identificação serão definidos pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria.

§ 5º. Caso seja identificado que não houve fornecimento do cadastro completo, será instaurado processo administrativo de acordo com as Resoluções CONSU nº 3 e 18, de 03 de março de 1998 e 23 de março de 1999, respectivamente, e a Lei nº 9656/98, com cobrança imediata do ressarcimento.

Art. 6º As rotinas administrativas para processamento, cobrança e pagamento serão definidas pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria, sendo implantadas as etapas locais pelos respectivos gestores, e as etapas centrais pela Secretaria de Assistência à Saúde, podendo estas últimas serem objeto de descentralização parcial progressiva.

§ 1º. Caberá ao gestor estadual ou gestor municipal em gestão plena do sistema cumprir, de acordo com norma a ser expedida pelo Ministério da Saúde, as seguintes atribuições:

I - caso proponha alterar qualquer valor da tabela de ressarcimento, constituição de grupo técnico para estudo das alterações de valores a serem adotados no seu nível de gestão;

II - formalização da Câmara de Julgamento, para decisão relativa aos recursos impetrados contra as decisões sobre as impugnações;

III - definição e implantação de rotinas para julgamento das impugnações previstas nesta Resolução.

§ 2º. Para o gestor ser considerado apto ao processamento do ressarcimento, deverá manifestar-se junto a Secretaria de Assistência à Saúde/MS, informando do cumprimento dos incisos "II" e "III" referidos no § 1º.

Art. 7º A relação de procedimentos a serem ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, deverá estar disponível para consulta por seus representantes, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis antes de ser encaminhada para cobrança.

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

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

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

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

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

§1º. **Não serão consideradas as impugnações apresentadas com fundamento em dados ou informações divergentes das que tiverem sido encaminhadas para o cadastro do Ministério da Saúde, observado o mês de competência.**

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

§3º. **Quando houver franquia ou co-participação, prevista em contrato, esta deverá ser deduzida do valor a ser ressarcido pelas operadoras.**

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

§ 5º. **Contestações de caráter técnico poderão ser apresentadas ao gestor após o prazo definido no Artigo 7º, com justificativas pela não apresentação no prazo, porém não terão efeito suspensivo sobre os ressarcimentos devidos.**

§ 6º. **As decisões a respeito das impugnações técnicas deverão ser precedidas de verificação, quando necessário, junto à entidade prestadora do serviço.**

§ 7º. **As impugnações serão submetidas ao gestor responsável pelo processamento.**

§ 8º. **Após homologação do julgamento pelo gestor, caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias contados a partir da ciência, à Câmara de Julgamento, especialmente constituída para este fim, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios responsáveis pelo processamento do ressarcimento, composta de acordo com regras a serem definidas pelo Ministério da Saúde por meio de Portaria.**

Art.11. **Os valores ressarcidos pelas operadoras serão creditados ao fundo de saúde, à entidade mantenedora ou à unidade prestadora do serviço de acordo com ato normativo a ser editado pelo Ministério da Saúde.**

§1º. **O Ministério da Saúde definirá, ainda, em portaria, as rotinas, fluxo dos créditos e os procedimentos relativos ao ressarcimento.**

§2º. **No caso de não efetuação do pagamento por parte das operadoras, caberá ao Ministério da Saúde tomar as medidas necessárias para o seu recebimento.**

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

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

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

I – a constituição do grupo técnico para estudo dos valores a serem adotados para a Tabela Única Nacional de Equivalência e Procedimento – TUNEP no nível local,

II – as rotinas, estrutura e fluxos administrativos locais a serem implantados para desenvolvimento das atividades de processamento e cobrança de ressarcimento,

III – as rotinas de processamento para o julgamento das contestações de que tratam os artigos 10 e 11.

Art. 14 Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98 de 03 de junho de 1998 e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução foi publicada em Suplemento a edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.



## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 10, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.

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

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

CONSIDERANDO as disposições dos incisos II, III, XIV do art 35-A da Lei nº 9.656/98 resolve:

Art. 1º O rol de procedimentos Médicos, anexo a esta Resolução, deverá ser utilizado **pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde como referência da cobertura de que tratam os artigos 10 e 12 da Lei nº 9.656/98.**

Parágrafo Único: A inclusão de novos procedimentos dependerá de proposição do Ministério da Saúde para aprovação no CONSU..

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

**§ 1º - Nos contratos de planos individuais, respeitada a circunscrição geográfica estabelecida no contrato, fica assegurado o atendimento, dentro das respectivas segmentações, independente de circunstância ou do local de origem do evento.**

**§ 2º - Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos.**

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

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

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

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

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

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

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

V – cobertura para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia ambulatorial;
- c) radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia etc);
- d) hemoterapia ambulatorial;
- e) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo Único: Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656/98, consideram excluídos:

- a) procedimentos diagnósticos e terapêutica em Hemodinâmica;
- b) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- c) quimioterapia intra-tecal ou as que demandem internação;
- d) radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia;
- e) nutrição enteral ou parenteral;
- f) embolizações e radiologia intervencionista;

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

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

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

- a) hemodiálise e diálise peritoneal – CAPD;
- b) quimioterapia;
- c) radioterapia incluindo radiomoldage, radioimplante e braquiterapia;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral e enteral;
- f) procedimentos diagnóstico e terapêuticos em hemodinâmica;
- g) embolizações e radiologia intervencionista;
- h) exames pré anestésicos ou pré cirúrgicos;
- i) fisioterapia;
- j) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e Córnea, exceto medicação de manutenção.

Parágrafo Único: Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656/98, consideram excluídos:

- a) tratamentos em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamentos da obesidade mórbida), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- b) transplantes à exceção de córnea e rim;
- c) consultas ambulatoriais e domiciliares;
- d) atendimento pré-natal quando não incluir a cobertura obstétrica.

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

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

II – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento.

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

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

Art. 8º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 11, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.

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

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

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

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

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

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

I – nos planos ou seguros do segmento ambulatorial:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitadas a 12 (doze) sessões por ano de contrato, **não cumulativas**;
- c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II – nos planos ou seguros do segmento hospitalar;

- a) o custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, **por ano de contrato não cumulativos**, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;

- b) o custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, **por ano de contrato não cumulativos**, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c) o custeio, dentro dos prazos definidos nas alíneas 'a' e 'b', somente poderá ser parcial se houver co-participação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 13, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 2º Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha **dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento**

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

**§ 4º - Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.**

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

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

### RESOLUÇÃO Nº 14, DE 3 DE NOVEMBRO DE 1998(\*)

OBS.: Textos em negrito e sublinhados foram acrescentados ou dada nova redação, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.  
Textos hachurados foram eliminados, de acordo com a Resolução nº 15, de 23/03/99.

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

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

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

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

Parágrafo Único: Conforme art. 1º, inciso II, §2º da Lei nº 9.656/98, sujeitam-se a esta Resolução as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

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

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

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

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

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

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



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

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

I – No plano ou seguro de assistência à saúde sob o regime de contratação individual ou familiar, poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, em caso de doenças ou lesões preexistentes, nos termos de Resolução específica, além de ser facultada a exigência de cumprimento de prazos de carência nos termos da Lei nº 9.656/98.

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

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

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

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

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

Art. 7º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

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

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta resolução e seus anexos foram publicados em Suplemento à edição do Diário Oficial da União de 04/11/98.

# CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

## RESOLUÇÃO Nº 17, DE 23 DE MARÇO DE 1999(\*)

Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução  
CONSU Nº 2, de 03.11.1998

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

**CONSIDERANDO** que a grande maioria das operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde não possui metodologia desenvolvida para aplicação do agravo nas contraprestações pecuniárias, em função de doenças ou lesões preexistentes;

**CONSIDERANDO** que deve ser vetada a utilização do agravo como forma de financiamento individual de doenças;

**CONSIDERANDO** que deve ser incentivado o desenvolvimento de metodologia de agravo que adote a diluição do impacto econômico-financeiro pelo universo de consumidores assistidos;

**CONSIDERANDO** que o agravo deve seguir a mesma lógica aplicada à cobertura parcial temporária, resolve

**Art. 1º** - Fica adiada para a partir de 3 de dezembro de 1999 a obrigatoriedade de oferecimento do agravo de trata o artigo 4º da Resolução CONSU nº 2, de novembro de 1998;

§ 1º - No caso de exclusão temporária de cobertura a doenças e lesões preexistentes, no período previsto no artigo 11 da Lei 9.656/98, as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde estarão obrigadas a oferecer, até a data fixada no *caput*, a cobertura parcial temporária de acordo com a Resolução CONSU nº 2, de novembro de 1998.

§ 2º - A partir da data aludida no *caput*, todas as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde estarão obrigadas a oferecer agravo para todos os seus novos contratos de todos os planos ou seguros de assistência à saúde em operação, como alternativa à cobertura parcial temporária.

§ 3º - As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde que quiserem adotar o oferecimento de agravo, durante o período aludido no *caput*, deverão fazer a opção e informá-la ao Ministério da Saúde, até 15 de abril de 1999.

**Art. 2º** - Quando da adoção do agravo, a qualquer tempo, as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde deverão obedecer às seguintes exigências mínimas:

- a) o agravo pode ser aplicado apenas à patologia que requeira evento cirúrgico, e/ou uso de leitos de alta tecnologia, e/ou procedimentos de alta complexidade, exclusivamente relacionados a ela.
- b) o agravo deve ser oferecido como alternativa à cobertura parcial temporária, obrigatoriamente, para todos os novos contratos de todos os planos ou seguros de assistência à saúde em operação;
- c) as despesas que irão compor o cálculo da operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde para agravar as contraprestações devem limitar-se àquelas que são excluídas temporariamente na cobertura parcial temporária, correspondente

àquela doença ou lesão preexistente caracterizada de acordo com a Resolução CONSU nº 2, de 3 de novembro de 1998;

- d) a metodologia adotada para o cálculo de que trata a alínea anterior deve contemplar a diluição do impacto econômico-financeiro pelo universo de consumidores assistidos pelo plano ou seguro de assistência à saúde.

**Art. 3º** - Quando solicitado pelo Ministério da Saúde, as operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde deverão demonstrar o cálculo e informar o método de que tratam as alíneas "c" e "d" do artigo 2º.

**Art. 4º** - As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde que já tenham adotado o agravo deverão manter os contratos já firmados com esse mecanismo, mas poderão oferecer, a partir da vigência de resolução, até 2 de dezembro de 1999, somente parcial temporária nos novos contratos a serem firmados.

**Art. 5º** - Os casos não previstos nesta resolução serão decididos pelo Ministério da Saúde.

**Art. 6º** - Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos firmados durante à vigência da Lei nº 9.656/98 que estiverem ou forem adaptados à legislação.

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

**JOSÉ SERRA**  
Presidente do Conselho

(\*) Esta Resolução foi publicada no Diário Oficial da União de 25/03/99.

# CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

## RESOLUÇÃO Nº 20, DE 23 DE MARÇO DE 1999(\*)

*Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei n 9.656/98.*

**O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU**, instituído pela Lei nº 9656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve.

**Art. 1º** - Para efeito do Art. 30 da Lei nº 9.656/98, aplicam-se as disposições desta resolução ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, e foi desligado, da empresa empregadora a partir de 02 de janeiro de 1999.

**Art. 2º** - Para manutenção do exonerado ou demitido como beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, as empresas empregadoras devem oferecer plano próprio ou contratado e as empresas operadoras ou administradoras de planos ou seguros de assistência à saúde devem oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, plano de assistência à saúde para ativos e exonerados ou demitidos.

§ 1º - É facultada a manutenção em um mesmo plano, para ativos e exonerados ou demitidos, desde que a decisão seja tomada em acordo formal firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos.

§ 2º - No caso de manterem-se planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados ou administrados por terceiros, é obrigatório que a empresa empregadora firme contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão para os ativos e coletivo por adesão para os inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única empresa operadora ou administradora, ressalvado o disposto no § 3º a seguir, devendo também o plano de inativos abrigar o universo de aposentados.

§ 3º - É facultado à empresa operadora ou administradora de planos ou seguros de assistência à saúde que não dispuser de plano coletivo por adesão, firmar parceria com uma outra operadora ou administradora que disponha dessa modalidade de plano.

§ 4º - No caso de empresa de autogestão, qualificada conforme Resolução CONSU nº 5/98, que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratar esse tipo de plano de operadora ou administradora de planos ou seguros de assistência à saúde, ou ainda de outra congênere que possua plano que abrigue o contingente de inativos.

§ 5º - A empresa de autogestão que absorver o universo de beneficiários de uma congênere deve observar como limite de usuários absorvidos a quantidade equivalente de beneficiários de seu plano próprio.

§ 6º - O exonerado ou demitido de que trata o Art. 1º, deve optar pela manutenção do benefício aludido no *caput*, no prazo máximo de trinta dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

§ 7º - O exonerado ou demitido, a seu critério e segundo regulamento do plano, contrato ou apólice coletiva, pode permanecer no plano por prazo indeterminado, considerando como condição mínima o contido no § 5º do Art. 30 da Lei nº 9.656/98.

§ 8º - No caso de plano administrado ou operado por terceiros, os contratos entre empresas empregadora e operadora ou administradora de plano ou seguro de assistência à saúde deverão ser repactuados até a data do vencimento do contrato vigente.

§ 9º - No caso de encerramento ou cancelamento de qualquer um dos dois planos de que trata o § 2º deste artigo, o outro também deverá ser encerrado ou cancelado, observando, no que couber, resolução nº 19 deste Conselho sobre manutenção da assistência aos beneficiários de planos coletivos encerrados ou cancelados.

**Art. 3º** - Fica estabelecido o prazo de até quatorze meses do início da vigência desta resolução para o funcionamento dos planos de que trata o Art. 2º, observado o disposto nos parágrafos a seguir.

§ 1º - No caso de empresa de autogestão, o processo de criação do plano de inativos de que trata o Art. 2º deverá ser concluído até a data-base da categoria profissional a qual o ex-empregado está vinculado.

§ 2º - Para que a assistência não seja interrompida, o exonerado ou demitido de que trata o Art. 1º, terá garantido o direito de permanecer no plano de ativos até o início do funcionamento do plano que abrigue o universo de inativos.

§ 3º - Quando o plano de ativos do qual o exonerado ou demitido é oriundo adotar sistema de pré-pagamento, o ex-empregado passa a assumir integralmente o pagamento de sua participação no plano, a partir da data de seu desligamento.

§ 4º - Quando o plano de ativos do qual o exonerado ou demitido é oriundo adotar sistema de pós-pagamento, o ex-empregado passa a assumir o pagamento de sua participação no plano, calculado pela média das doze últimas contribuições integrais, ou do número de contribuições se menores que doze, a partir da data do seu desligamento.

§ 5º - Quando o plano de ativos estabelecer franquias ou co-participação em eventos, ou contribuição diferenciada por faixa etária, ficam mantidas essas mesmas condições para o ex-empregado.

§ 6º - Entende-se como contribuição ou pagamento integral, de que tratam os §§ 3º e 4º deste artigo, a soma das contribuições patronal e do empregado.

§ 7º - O exonerado ou demitido de que trata o Art. 1º, que tenha sido desligado no período compreendido entre 02 de janeiro de 1999 até a data desta resolução deverá, para ter assegurada sua opção ao benefício aludido no *caput* do Art. 2º, requerê-la junto a sua antiga empresa empregadora no prazo máximo de trinta dias a contar da publicação deste resolução.

**Art. 4º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta Resolução foi publicada no Diário Oficial da União de 07/04/99

# CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

## RESOLUÇÃO Nº 21, DE 23 DE MARÇO DE 1999(\*)

*Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei n 9.656/98.*

**O Presidente do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU**, instituído pela Lei nº 9656 de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida, para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar, resolve.

**Art. 1º** - Para efeito do Art. 31 da Lei nº 9.656/98, aplicam-se as disposições desta resolução ao aposentado que contribuiu para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, observados os prazos estabelecidos no *caput* daquele artigo e o contido em seu § 1º, no mesmo plano ou seu sucessor e se desligou da empresa empregadora a partir de 02 de janeiro de 1999.

**Art. 2º** Para manutenção do aposentado como beneficiário de plano ou seguro de assistência à saúde, as empresas empregadoras devem oferecer plano próprio ou contratado e as empresas operadoras ou administradoras de planos ou seguros de assistência à saúde devem oferecer à empresa empregadora, que o solicitar, plano de assistência à saúde para ativos e aposentados.

§ 1º - É facultada a manutenção, em um mesmo plano, para ativos e aposentados, desde que a decisão seja tomada em acordo formal, firmado entre a empresa empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos.

§ 2º - No caso de manterem-se planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados ou administrados por terceiros, é obrigatório que a empresa empregadora firme contrato coletivo empresarial ou coletivo por adesão para os ativos e coletivo por adesão para os inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única empresa operadora ou administradora, ressalvado o disposto no § 3º a seguir, devendo também o plano de inativos abrigar o universo de exonerados ou demitidos.

§ 3º - É facultado à empresa operadora ou administradora de planos de assistência à saúde que não dispuser de plano coletivo por adesão para inativos, firmar parceria com uma outra operadora ou administradora que disponha dessa modalidade de plano.

§ 4º - No caso de empresa de autogestão, qualificada conforme Resolução CONSU nº 5/98, que não quiser operar diretamente plano para o universo de inativos, poderá contratar esse tipo de plano de operadora ou de administradora de planos ou seguros de assistência à saúde, ou ainda de outra congênere que possua plano que abrigue o contingente de inativos.

§ 5º A empresa de autogestão que absorver o universo de beneficiários de uma congênere deve observar como limite de usuários absorvidos a quantidade equivalente de beneficiários de seu plano próprio.

§ 6º - O aposentado de que trata o artigo 1º, deve optar pela manutenção do benefício aludido no *caput*, no prazo máximo de trinta dias após seu desligamento, em resposta à comunicação da empresa empregadora, formalizada no ato da rescisão contratual.

§ 7º - O aposentado, a seu critério e segundo regulamento do plano, contrato ou apólice coletiva, pode permanecer no plano por prazo indeterminado, considerando como condição mínima o contido no § 5º do Art. 30 da Lei nº 9.656/98.

§ 8º No caso de plano administrado ou operado por terceiros, os contratos entre empresa empregadora e operadora ou administradora de plano ou seguro de assistência à saúde deverão ser repactuados até a data do vencimento do contrato vigente.

§ 9º - No caso de encerramento ou cancelamento de qualquer um dos dois planos de que trata o § 2º deste artigo, o outro também deverá ser encerrado ou cancelado, observando, no que couber, resolução nº 19 deste Conselho sobre manutenção da assistência aos beneficiários de planos coletivos encerrados ou cancelados.

Art. 3º - Fica estabelecido o prazo de até quatorze meses do início da vigência desta resolução para o funcionamento dos planos de que trata o Art. 2º, observado o disposto nos parágrafos a seguir.

§ 1º - No caso de empresa de autogestão, o processo de criação do plano de inativos de que trata o Art. 2º deverá ser concluído até a data-base da categoria profissional a qual o ex-empregado está vinculado.

§ 2º - Para que a assistência não seja interrompida, o aposentado de que trata o Art. 1º, terá garantido o direito de permanecer no plano de ativos até o início do funcionamento do plano que abrigue o universo de inativos.

§ 3º - Quando o plano de ativos do qual o aposentado é oriundo adotar sistema de pré-pagamento, o ex-empregado passa a assumir integralmente o pagamento de sua participação no plano, a partir da data de seu desligamento.

§ 4º - Quando o plano de ativos do qual o aposentado é oriundo adotar sistema de pós-pagamento, o ex-empregado passa a assumir o pagamento de sua participação no plano, calculado pela média das doze últimas contribuições integrais, a partir da data do seu desligamento.

§ 5º - Quando o plano de ativos estabelecer franquias ou co-participação em eventos, ou contribuição diferenciada por faixa etária, ficam mantidas essas mesmas condições para o ex-empregado.

§ 6º - Entende-se como contribuição ou pagamento integral, de que tratam os §§ 3º e 4º deste artigo, a soma das contribuições patronal e do empregado.

§ 7º - O aposentado de que trata o Art. 1º, que tenha sido desligado no período compreendido entre 02 de janeiro de 1999 até a data desta resolução deverá, para ter assegurada sua opção ao benefício aludido no *caput* do Art. 2º, requerê-la junto a sua antiga empresa empregadora no prazo máximo de trinta dias a contar da publicação deste resolução.

**Art. 4º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

**JOSÉ SERRA**

(\*) Esta Resolução foi publicada no Diário Oficial da União de 07/04/99

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

---

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 22, DE 21 DE OUTUBRO DE 1999 (\*)

Altera as Resoluções CONSU nºs. 7 e 9/98 que dispõem sobre informações ao Ministério da Saúde, ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a beneficiários de plano privado de assistência à saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde SUS e dá outras providências.

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

Art. 1º Os artigos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 10 e 11 da Resolução CONSU nº 09, de 03 de novembro de 1998, passam a vigorar com a seguinte redação:

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

Parágrafo único. Os gestores objeto deste Artigo são o Ministério da Saúde, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, estes últimos quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme definido pelas normas do Ministério da Saúde." (NR)

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

I - os realizados por unidades públicas de saúde;

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

Parágrafo único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de planos privados de assistência à saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos." (NR)

" Art. 3º O ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos TUNEP, aprovada pelo Conselho de Saúde Suplementar, de acordo com o § 1º do Artigo 32 da Lei nº 9.656/98



Parágrafo único. A TUNEP identificará os procedimentos, proporcionando a uniformização das unidades de cobrança em todo o território nacional e definirá os valores de referência." (NR)

" Art. 4º Os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento poderão alterar os valores definidos para a TUNEP, dentro dos limites estabelecidos pelo § 5º do Artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

§ 1º. Antes de determinarem os valores a serem aplicados, os gestores estaduais ou municipais em gestão plena do sistema deverão ouvir os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do SUS.

§ 2º Os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento deverão divulgar, às partes interessadas, o local, a data, a pauta e as representações convidadas para o cumprimento do disposto no § 1º, utilizando-se de Diário Oficial, carta registrada ou outros meios de comunicação formal.

§ 3º Enquanto os gestores estaduais ou municipais em gestão plena do sistema não propuserem novos valores para a TUNEP, deverão ser adotados os valores aprovados pelo CONSU.

§ 4º Os valores definidos pelos gestores estaduais ou municipais em gestão plena do sistema, quando acordados nos termos dos parágrafos deste dispositivo, serão homologados pelo Ministério da Saúde.

§ 5º Nos casos onde não acontecer o acordo, obedecer-se-á o seguinte:

I O gestor responsável pelo processamento do ressarcimento envia ao Ministério da Saúde os valores propostos acompanhados de documentação comprobatória das reuniões realizadas com os interessados;

II - O Ministério da Saúde avalia a proposta, emite parecer e encaminha ao CONSU;

III - Os valores são deliberados pelo CONSU."(NR)

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

§ 1º A identificação do beneficiário se dará exclusivamente por meio do cruzamento de banco de dados, não sendo considerada, para fins de ressarcimento, qualquer identificação obtida na unidade prestadora de serviço.

§ 2º A unidade prestadora de serviços ao SUS que comprovadamente estiver utilizando mecanismos próprios para esta identificação, em prejuízo da universalidade do acesso de seus usuários, será excluída do benefício ao ressarcimento, sem prejuízo de outras medidas punitivas, tomadas pelo gestor ao qual a unidade esteja subordinada.

I - O Ministério da Saúde definirá, em norma própria a ser editada, a gradação desta apenação.

§ 3º No disposto no § 2º, o ressarcimento destinar-se-á:

I - caso a unidade prestadora seja privada, contratada ou conveniada ao SUS, o ressarcimento será partilhado igualmente pelos gestores,

II caso a unidade prestadora seja pública a totalidade do ressarcimento destinar-se-á ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 4º Os dados cadastrais, o fluxo de sua atualização e a rotina do processamento da identificação serão definidos pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria.

§ 5º Caso seja identificado que não houve fornecimento do cadastro completo, será instaurado processo administrativo de acordo com as Resoluções CONSU n.º 3 e 18, de 03 de março de 1998 e 23 de novembro de 1999, respectivamente, e a Lei Nº 9656/98, com cobrança imediata do ressarcimento."(NR)

" Art. 6º As rotinas administrativas para processamento, cobrança e pagamento serão definidas pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria , sendo implantadas as etapas locais pelos respectivos gestores, e as etapas centrais pela Secretaria de Assistência à Saúde, podendo estas últimas serem objeto de descentralização parcial progressiva.

§ 1º Caberá ao gestor estadual ou gestor municipal em gestão plena do sistema cumprir, de acordo com norma a ser expedida pelo Ministério da Saúde, as seguintes atribuições:

I caso proponha alterar qualquer valor da tabela de ressarcimento, constituição de grupo técnico para estudo das alterações de valores a serem adotados no seu nível de gestão;

II - formalização da Câmara de Julgamento, para decisão relativa aos recursos impetrados contra as decisões sobre as impugnações;

III definição e implantação de rotinas para julgamento das impugnações previstas nesta Resolução.

§ 2º Para o gestor ser considerado apto ao processamento do ressarcimento, deverá manifestar-se junto a Secretaria de Assistência à Saúde/MS, informando do cumprimento dos incisos "II" e "III" referidos no § 1º." (NR)

" Art. 7º A relação de procedimentos a serem ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, deverá estar disponível para consulta por seus representantes, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis antes de ser encaminhada para cobrança.

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

" Art. 10. No prazo de que trata o artigo 7º. desta Resolução, as operadoras poderão apresentar, junto ao gestor, impugnações de caráter técnico, ou impugnações administrativas, acompanhadas de comprovação documental, alegando inexistência total ou parcial de cobertura para os atendimentos prestados, decorrente de disposição contratual.

§ 1º Não serão consideradas as impugnações apresentadas com fundamento em dados ou informações divergentes das que tiverem sido encaminhadas para o cadastro do Ministério da Saúde, observado o mês de competência.

§ 2º Quando a alegação for comprovada, a relação de procedimentos, a serem ressarcidos, deverá sofrer as necessárias alterações antes de ser encaminhada para cobrança.

§ 3º Quando houver franquia ou co-participação, prevista em contrato, esta deverá ser deduzida do valor a ser ressarcido pelas operadoras.

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

§ 5º Contestações de caráter técnico poderão ser apresentadas ao gestor após o prazo definido no Artigo 7º, com justificativas pela não apresentação no prazo, porém não terão efeito suspensivo sobre os ressarcimentos devidos.

§ 6º As decisões a respeito das impugnações técnicas deverão ser precedidas de verificação, quando necessário, junto à entidade prestadora do serviço.

§ 7º As impugnações serão submetidas ao gestor responsável pelo processamento.

§ 8º Após homologação do julgamento pelo gestor, caberá recurso, no prazo de 5 (cinco) dias contados a partir da ciência, à Câmara de Julgamento, especialmente constituída para este fim nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios responsáveis pelo processamento do ressarcimento, composta de acordo com regras a serem definidas pelo Ministério da Saúde por meio de Portaria. " (NR)

" Art. 11. Os valores ressarcidos pelas operadoras serão creditados ao fundo de saúde, à entidade mantenedora ou à unidade prestadora do serviço de acordo com ato normativo a ser editado pelo Ministério da Saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá, ainda, em Portaria, as rotinas, fluxo dos créditos e os procedimentos relativos ao ressarcimento.

§ 2º No caso da não efetuação do pagamento por parte das operadoras, caberá ao Ministério da Saúde tomar as medidas necessárias para o seu recebimento." (NR)

Art. 2º Ficam revogados o Art. 5º da Resolução CONSU n.º 7 e os Artigos 8º, 9º, 12,13 e 14 da Resolução CONSU n.º 9, de 3 de novembro de 1998.

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

PEDRO PARENTE

(\*) Publicada no D.O.U. de 28/10/1999, seção 1, pág. 23

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

---

## CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RESOLUÇÃO Nº 23, DE 21 DE OUTUBRO DE 1999 (\*)

Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

Art. 1º Aprovar, nos termos do Artigo 32, da Lei 9.656 de 03 de junho de 03 de junho de 1998, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, conforme anexo, desta Resolução.

Art. 2º A TUNEP terá como finalidade única o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo vedada sua utilização para outros fins.

Art. 3º Os gestores responsáveis pelo processamento do ressarcimento que optarem por fazer alterações na TUNEP deverão submeter os valores propostos à homologação, conforme definido pela Resolução CONSU nº 22/99.

§ 1º. Os gestores definirão estes valores dentro dos limites estabelecidos pelo § 5º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

§ 2º. Na fixação dos valores a serem adotados, os gestores estaduais ou municipais em gestão plena do sistema deverão ouvir os representantes das operadoras e das unidades prestadoras de serviço integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 3º. Até que sejam homologados os valores locais para a tabela do ressarcimento, deverão ser adotados os valores constantes do anexo desta portaria.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

PEDRO PARENTE

(\*) Publicada no D.O.U. de 28/10/1999, seção 1

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

---

### AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

#### Diretoria de Desenvolvimento Setorial

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 10, DE 21 DE MARÇO DE 2003 (\*)(\*\*)

Estabelece a sistemática de reconferência periódica do cruzamento das informações do cadastro de beneficiários com as Autorizações de Internação Hospitalar do SUS visando a cobrança do ressarcimento ao SUS e dá outras providências.

O Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar - DIDES/ANS, no uso de suas atribuições legais e da competência definida na Resolução de Diretoria Colegiada-RDC nº 62, de 20 de março de 2001, resolve:

Art. 1º Anualmente, no final do exercício, a Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES/ANS promoverá a reconferência do cruzamento das informações do cadastro de beneficiário com as Autorizações de Internação Hospitalar - AIH pagas pelo Sistema Único de Saúde - SUS desde a competência setembro de 1999.

Art. 2º Com base nas informações resultantes do processo de identificação, a ANS encaminhará, mediante carta com Aviso de Recebimento-AR à operadora, Aviso de Beneficiário Identificado - ABI onde constarão atendimentos realizados que não tenham sido objeto de cobrança do ressarcimento ao SUS.

Art. 3º Recebido o ABI, a operadora deverá apresentar impugnação, de natureza administrativa ou técnica, junto à Gerência Geral de Integração como SUS - GGSUS/DIDES, acompanhada de comprovação documental, conforme os prazos abaixo:

I - impugnações do Exercício até sessenta dias;

II - impugnações de exercícios anteriores, acrescentar trinta dias a cada exercício;

III - impugnações do exercício de 1999, acrescentar quinze dias.

Art. 4º Concluída a análise da impugnação, a ANS, mediante carta com AR, dará ciência da decisão à operadora, acompanhada, se for o caso, de boleto de cobrança.

§ 1º Considerada improcedente a impugnação, a operadora disporá de quinze dias, contados da ciência da decisão, para efetuar o recolhimento do débito.

§ 2º Considerada a impugnação parcialmente procedente, a correspondente relação de procedimentos será excluída do processo de cobrança e a operadora deverá, no prazo assinalado no parágrafo anterior, proceder ao recolhimento do restante do débito.

Art. 5º Das decisões de primeira instância caberá recurso ao Diretor responsável pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial, no prazo de dez dias, contados da ciência da decisão.

Art. 6º Quando do envio do boleto de cobrança para a operadora com o montante do débito, previsto no art. 4º, será enviado, concomitantemente, para opção daquela, boleto e formulário de parcelamento de débitos com o ressarcimento ao SUS, na forma da Instrução Normativa - IN nº 4, de 6 de junho de 2002.

Parágrafo único. A opção se dará pelo pagamento do boleto correspondente, e no caso de parcelamento, se completará com o envio do requerimento.

Art. 7º A título de orientação, as operadoras poderão utilizar os anexos previstos na Instrução Normativa - IN nº 9, de 31 de dezembro de 2002.

Parágrafo único. As operadoras deverão no canto superior direito do requerimento escrever a palavra "RECONFERÊNCIA"

Art. 8º Aplica-se de forma suplementar o disposto na Instrução Normativa - IN nº 9, de 31 de dezembro de 2002.

Art. 9º Extraordinariamente o primeiro abatimento ocorrerá no mês de março de 2003, sendo observados os seguintes prazos para impugnação, contados da data de recebimento do AR:

- I - impugnações do exercício de 2002, até sessenta dias;
- II - impugnações do exercício de 2001, até noventa dias;
- III - impugnações do exercício de 2000, até cento e vinte dias;
- IV - impugnações do exercício de 1999, até cento e trinta e cinco dias.

Art. 10. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data da sua publicação.

LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR

(\*) Publicada no D.O.U. de 25/03/2003, seção 1.

(\*\*) Republicada no D.O.U. de 10/04/2003, seção 1.

**Visualizando texto anexado - [Ver mensagem](#)**

[Baixar como um arquivo](#)

This image has been  
removed for security  
reasons.

## **Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**DECRETO-LEI Nº 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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, usando da atribuição que lhe confere o artigo 2º do Ato Complementar número 23, de 20 de outubro de 1966,

**DECRETA:**

### **CAPÍTULO I Introdução**

Art 1º Todas as operações de seguros privados realizados no País ficarão subordinadas às disposições do presente Decreto-lei.

Art 2º O controle do Estado se exercerá pelos órgãos instituídos neste Decreto-lei, no interesse dos segurados e beneficiários dos contratos de seguro.

Art 3º Consideram-se operações de seguros privados os seguros de coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantias.

Parágrafo único. Ficam excluídos das disposições deste Decreto-lei os seguros do âmbito da Previdência Social, regidos pela legislação especial pertinente.

Art 4º Integra-se nas operações de seguros privados o sistema de cosseguro, resseguro e retrocessão, por forma a pulverizar os riscos e fortalecer as relações econômicas do mercado.

Art 5º A política de seguros privados objetivará:

I - Promover a expansão do mercado de seguros e propiciar condições operacionais necessárias para sua integração no processo econômico e social do País;

II - Evitar evasão de divisas, pelo equilíbrio do balanço dos resultados do intercâmbio, de negócios com o exterior;

III - Firmar o princípio da reciprocidade em operações de seguro, condicionando a autorização para o funcionamento de empresas e firmas estrangeiras a igualdade de condições no país de origem;

IV - Promover o aperfeiçoamento das Sociedades Seguradoras;

V - Preservar a liquidez e a solvência das Sociedades Seguradoras;

VI - Coordenar a política de seguros com a política de investimentos do Governo Federal, observados os critérios estabelecidos para as políticas monetária, creditícia e fiscal.

Art 6º A colocação de seguros e resseguros no exterior será limitada aos riscos que não encontrem cobertura no País ou que não convenham aos interesses nacionais.

#### CAPÍTULO I Do Sistema Nacional De Seguros Privados

Art 7º Compete privativamente ao Governo Federal formular a política de seguros privados, legislar sobre suas normas gerais e fiscalizar as operações no mercado nacional;

Art 8º Fica instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, regulado pelo presente Decreto-lei e constituído:

a) do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP;

b) da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP;

c) do Instituto de Resseguros ao Brasil - IRB;

d) das Sociedades autorizadas a operar em seguros privados;

e) dos corretores habilitados.

#### CAPÍTULO III Disposições Especiais Aplicáveis ao Sistema

Art 9º Os seguros serão contratados mediante propostas assinadas pelo segurado, seu representante legal ou por corretor habilitado, com emissão das respectivas apólices, ressalvado o disposto no artigo seguinte.

Art 10. É autorizada a contratação de seguros por simples emissão de bilhete de seguro, mediante solicitação verbal do interessado.

§ 1º O CNSP regulamentará os casos previstos neste artigo, padronizando as cláusulas e os impressos necessários.

§ 2º Não se aplicam a tais seguros as disposições do artigo 1.433 do Código Civil.

Art 11. Quando o seguro for contratado na forma estabelecida no artigo anterior, a boa fé da Sociedade Seguradora, em sua aceitação, constitui presunção "juris tantum".

1º Sobrevindo o sinistro, a prova da ocorrência do risco coberto pelo seguro e a justificação de seu valor competirão ao segurado ou beneficiário.

§ 2º Será lícito à Sociedade Seguradora argüir a existência de circunstância relativa ao objeto ou interesse segurado cujo conhecimento prévio influiria na sua aceitação ou na taxa de seguro, para exonerar-se da responsabilidade assumida, até no caso de sinistro. Nessa hipótese, competirá ao segurado ou beneficiário provar que a Sociedade Seguradora teve ciência prévia da circunstância argüida.

§ 3º A violação ou inobservância, pelo segurado, seu preposto ou beneficiário, de qualquer das



condições estabelecidas para a contratação de seguros na forma do disposto no artigo 4º exonera a Sociedade Seguradora da responsabilidade assumida.

§ 4º É vedada a realização de mais de um seguro cobrindo o mesmo objeto ou interesse, desde que qualquer deles seja contratado mediante a emissão de simples certificado, salvo nos casos de seguros de pessoas.

Art 12. A obrigação do pagamento do prêmio pelo segurado vigorará a partir do dia previsto na apólice ou bilhete de seguro, ficando suspensa a cobertura do seguro até o pagamento do prêmio e demais encargos.

Parágrafo único. Qualquer indenização decorrente do contrato de seguros dependerá de prova de pagamento do prêmio devido, antes da ocorrência do sinistro.

Art 13. As apólices não poderão conter cláusula que permita rescisão unilateral dos contratos de seguro ou por qualquer modo subtraia sua eficácia e validade além das situações previstas em Lei.

Art 14. Fica autorizada a contratação de seguros com a cláusula de correção monetária para capitais e valores, observadas equivalência atuarial dos compromissos futuros assumidos pelas partes contratantes, na forma das instruções do Conselho Nacional de Seguros Privados.

Art 15. A critério do CNSP, o Governo Federal poderá assumir riscos catastróficos e excepcionais por intermédio do IRB, desde que interessem à economia e segurança do País.

Parágrafo único. O Banco Nacional de Habitação poderá assumir os riscos decorrentes das operações do Sistema Financeiro da Habitação que não encontrem cobertura no mercado nacional, a taxas e condições compatíveis com as necessidades do Sistema Financeiro da Habitação.

Art 16. É criado o Fundo de Estabilidade do Seguro Rural, com a finalidade de garantir a estabilidade dessas operações e atender à cobertura suplementar dos riscos de catástrofe.

Parágrafo Único. O Fundo será administrado pelo IRB e seus recursos aplicados segundo o estabelecido pelo CNSP.

Art 17. O Fundo de Estabilidade do Seguro Rural será constituído:

a) dos excedentes do máximo admissível tecnicamente como lucro nas operações de seguros de crédito rural, seus resseguros e suas retrocessões, segundo os limites fixados pelo CNSP;

b) dos recursos previstos no artigo 28 deste decreto-lei;

c) por dotações orçamentárias anuais, durante dez anos, a partir do presente decreto-lei, mediante o crédito especial necessário para cobrir a deficiência operacional do exercício anterior.

Art 18. As instituições financeiras do sistema nacional de Crédito Rural enumeradas no art. 7º da Lei número 4.829, de 5.11.65, que concederem financiamento à agricultura e à pecuária, promoverão os contratos de financiamento e de seguro rural concomitante e automaticamente.

§ 1º O seguro obedecerá às normas e limites fixados pelo CNSP, sendo obrigatório o financiamento dos prêmios pelas instituições de que trata este artigo.

§ 2º O seguro obrigatório ficará limitado ao valor do financiamento, sendo constituída a instituição financiadora como beneficiária até a concorrência de seu crédito.

Art 19. As operações de Seguro Rural gozam de isenção tributária irrestrita, de quaisquer impostos ou tributos federais.

Art 20. Sem prejuízo do disposto em leis especiais, são obrigatórios os seguros de:

- a) danos pessoais a passageiros de aeronaves comerciais;
- b) responsabilidade civil dos proprietários de veículos automotores de vias terrestre, fluvial, lacustre e marítima, de aeronaves e dos transportadores em geral;
- c) responsabilidade civil do construtor de imóveis em zonas urbanas por danos a pessoas ou coisas;
- d) bens dados em garantia de empréstimos ou financiamentos de instituições financeiras pública;
- e) garantia do cumprimento das obrigações do incorporador e construtor de imóveis; (Vide Medida Provisória nº 2.221, de 4.9.2001)
- f) garantia do pagamento a cargo de mutuário da construção civil, inclusive obrigação imobiliária;
- g) edifícios divididos em unidades autônomas;
- h) incêndio e transporte de bens pertencentes a pessoas jurídicas, situados no País ou nêle transportados;
- i) crédito rural;
- ~~j) crédito à exportação, quando concedido por instituições financeiras públicas.~~
- j) crédito à exportação, quando julgado conveniente pelo CNSP, ouvido o Conselho Nacional do Comércio Exterior (CONCEX);" (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 826, de 5.9.1969)

Parágrafo único. Não se aplica à União a obrigatoriedade estatuída na alínea "h" deste artigo. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

Art 21. Nos casos de seguros legalmente obrigatórios, o estipulante equipara-se ao segurado para os efeitos de contratação e manutenção do seguro.

§ 1º Para os efeitos dêste decreto-lei, estipulante é a pessoa que contrata seguro por conta de terceiros, podendo acumular a condição de beneficiário.

§ 2º Nos seguros facultativos o estipulante é mandatário dos segurados.

§ 3º O CNSP estabelecerá os direitos e obrigações do estipulante, quando fôr o caso, na regulamentação de cada ramo ou modalidade de seguro.

Art 22. As instituições financeiras públicas não poderão realizar operações ativas de crédito com as pessoas jurídicas e firmas individuais que não tenham em dia os seguros obrigatórios por lei, salvo mediante aplicação da parcela de crédito, que fôr concedido, no pagamento dos prêmios em atraso.

Parágrafo único. Para participar de concorrências abertas pelo Poder Público, é indispensável comprovar o pagamento dos prêmios dos seguros legalmente obrigatórios.'

Art 23. Os seguros dos bens, direitos, créditos e serviços dos órgãos do Poder Público, bem como os de bens de terceiros que garantam operações dos ditos órgãos, serão contratados diretamente com a Sociedade Seguradora Nacional que fôr escolhida mediante sorteio.

§ 1º Nos casos de seguros não tarifados, a escolha da Sociedade Seguradora será feita por concorrência Pública.

§ 2º Para os sorteios e concorrências públicas, o IRB determinará anualmente as faixas de cobertura de mercado nacional para cada ramo ou modalidade de seguro, fixando o limite de aceitação das Sociedades Seguradoras conforme as respectivas situações econômico-financeiras e o índice de resseguro que comportarem.

§ 3º As Sociedades Seguradoras responsáveis pelos seguros previstas neste artigo recolherão ao IRB as comissões corretagem admitidas pelo CNSP, para crédito do Fundo de Estabilidade do Seguro Rural.

Art 24. Poderão operar em seguros privados apenas Sociedades Anônimas ou Cooperativas, devidamente autorizadas.

Parágrafo único. As Sociedades Cooperativas operarão unicamente em seguros agrícolas, de saúde e de acidentes do trabalho.

Art 25. As ações das Sociedades Seguradoras serão sempre nominativas.

~~Art 26. As Sociedades Seguradoras não estão sujeitas a falência, nem poderão impetrar concordata.~~

Art. 26. As sociedades seguradoras não poderão requerer concordata e não estão sujeitas à falência, salvo, neste último caso, se decretada a liquidação extrajudicial, o ativo não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos credores quirografários, ou quando houver fundados indícios da ocorrência de crime falimentar. (Redação dada pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

Art 27. Serão processadas pela forma executiva as ações de cobrança dos prêmios dos contratos de seguro.

Art 28. A partir da vigência deste Decreto-Lei, a aplicação das reservas técnicas das Sociedades Seguradoras será feita conforme as diretrizes do Conselho Monetário Nacional.

Art 29. Os investimentos compulsórios das Sociedades Seguradoras obedecerão a critérios que garantam remuneração adequada, segurança e liquidez.

Parágrafo único. Nos casos de seguros contratados com a cláusula de correção monetária é obrigatório o investimento das respectivas reservas nas condições estabelecidas neste artigo.

Art 30. As Sociedades Seguradoras não poderão conceder aos segurados comissões ou bonificações de qualquer espécie, nem vantagens especiais que importem dispensa ou redução de prêmio.

Art 31. É assegurada ampla defesa em qualquer processo instaurado por infração ao presente Decreto-Lei sendo nulas as decisões proferidas com inobservância deste preceito.

#### CAPÍTULO IV Do Conselho Nacional de Seguros privados

Art 32. É criado o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, ao qual compete primitivamente:

I - Fixar as diretrizes e normas da política de seguros privados;

II - Regular a constituição, organização, funcionamento e fiscalização dos que exercerem atividades subordinadas a este Decreto-Lei, bem como a aplicação das penalidades previstas;

III - Estipular índices e demais condições técnicas sobre tarifas, investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas Sociedades Seguradoras;

IV - Fixar as características gerais dos contratos de seguros;

V - Fixar normas gerais de contabilidade e estatística a serem observadas pelas Sociedades

Seguradoras;

VI - Delimitar o capital do IRB e das Sociedades Seguradoras, com a periodicidade mínima de dois anos, determinando a forma de sua subscrição e realização;

VII - Estabelecer as diretrizes gerais das operações de resseguro;

VIII - Disciplinar as operações de cosseguro, nas hipóteses em que o IRB não aceite resseguro do risco ou quando se tornar conveniente promover melhor distribuição direta dos negócios pelo mercado;

IX - Conhecer dos recursos de decisão da SUSEP e do IRB, nos casos especificados neste Decreto-Lei;

X - Aplicar às Sociedades Seguradoras estrangeiras autorizadas a funcionar no País as mesmas vedações ou restrições equivalentes às que vigorarem nos países da matriz, em relação às Sociedades Seguradoras brasileiras ali instaladas ou que nêles desejem estabelecer-se;

XI - Prescrever os critérios de constituição das Sociedades Seguradoras, com fixação dos limites legais e técnicos das operações de seguro;

XII - Disciplinar a corretagem de seguros e a profissão de corretor;

XIII - Corrigir os valores monetários expressos neste Decreto-lei, de acôrdo com os índices do Conselho Nacional de Economia;

XIV - Decidir sôbre sua própria organização, elaborando o respectivo Regimento Interno;

XV - Regular a organização, a composição e o funcionamento de suas Comissões Consultivas;

XVI - Regular a instalação e o funcionamento das Bolsas de Seguro.

~~Art 33. O CNSP compor-se-á dos seguintes membros:~~

~~I - Ministro da Indústria e do Comércio, que será seu presidente;~~

~~II - Ministro da Fazenda ou seu representante;~~

~~III - Ministro do Planejamento e da Coordenação Econômica ou seu representante;~~

~~IV - Ministro da Saúde ou seu representante;~~

~~V - Ministro do Trabalho e Previdência Social ou seu representante;~~

~~VI - Ministro da Agricultura ou seu representante;~~

~~VII - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados;~~

~~VIII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil;~~

~~IX - Um representante do Conselho Federal de Medicina;~~

~~X - Três representantes da iniciativa Privada nomeados pelo Presidente da República, mediante escolha dentre brasileiros dotados das qualificações pessoais necessárias, com mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos.~~

~~§ 1º O CNSP deliberará por maioria de votos, com o "quorum" mínimo de seis membros, desde que presentes quatro dos primeiros enumerados neste artigo cabendo ao Presidente também o voto de qualidade.~~

~~§ 2º Em caso de falta ou impedimento, o Presidente será substituído pelos Ministros de Estado integrantes do CNSP, na ordem estabelecida neste artigo.~~

~~§ 3º A SUSEP proverá os serviços da Secretaria do CNSP, sob o controle deste.~~

Art. 33. O CNSP será integrado pelos seguintes membros: (Artigo restabelecido pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante;

II - representante do Ministério da Justiça;

III - representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;

IV - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP;

V - representante do Banco Central do Brasil;

VI – representante da Comissão de Valores Mobiliários - CVM.

§ 1º O CNSP 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." (NR)

Art 34. Com audiência obrigatória nas deliberações relativas às respectivas finalidades específicas, funcionarão junto ao CNSP as seguintes Comissões Consultivas:

I - de Saúde;

II - do Trabalho;

III - de Transporte;

IV - Mobiliária e de Habitação;

V - Rural;

VI - Aeronáutica;

VII - de Crédito;

VIII - de Corretores.

§ 1º - O CNSP poderá criar outras Comissões Consultivas, desde que ocorra justificada necessidade.

§ 2º - A organização, a composição e o funcionamento das Comissões Consultivas serão regulados pelo CNSP, cabendo ao seu Presidente designar os representantes que as integrarão, mediante indicação das entidades participantes delas.

## CAPÍTULO V Da Superintendência de Seguros Privados

### SEÇÃO I

Art 35. Fica criada a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), entidade autárquica, jurisdicionada ao Ministério da Indústria e do Comércio, dotada de personalidade jurídica de Direito Público, com autonomia administrativa e financeira.

Parágrafo único. A sede da SUSEP será na cidade do Rio de Janeiro, Estado da Guanabara, até que o Poder Executivo a fixe, em definitivo, em Brasília.

Art 36. Compete à SUSEP, na qualidade de executora da política traçada pelo CNSP, como órgão fiscalizador da constituição, organização, funcionamento e operações das Sociedades Seguradoras:

a) processar os pedidos de autorização, para constituição, organização, funcionamento, fusão, encampação, grupamento, transferência de controle acionário e reforma dos Estatutos das Sociedades Seguradoras, opinar sobre os mesmos e encaminhá-los ao CNSP;

b) baixar instruções e expedir circulares relativas à regulamentação das operações de seguro, de acordo

com as diretrizes do CNSP;

c) fixar condições de apólices, planos de operações e tarifas a serem utilizadas obrigatoriamente pelo mercado segurador nacional;

d) aprovar os limites de operações das Sociedades Seguradoras, de conformidade com o critério fixado pelo CNSP;

e) examinar e aprovar as condições de coberturas especiais, bem como fixas as taxas aplicáveis;

f) autorizar a movimentação e liberação dos bens e valores obrigatoriamente inscritos em garantia das reservas técnicas e do capital vinculado;

g) fiscalizar a execução das normas gerais de contabilidade e estatística fixadas pelo CNSP para as Sociedades Seguradoras;

h) fiscalizar as operações das Sociedades Seguradoras, inclusive o exato cumprimento deste Decreto-lei, de outras leis pertinentes, disposições regulamentares em geral, resoluções do CNSP e aplicar as penalidades cabíveis;

i) proceder à liquidação das Sociedades Seguradoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;

j) organizam seus serviços, elaborar e executar seu orçamento.

## SEÇÃO II Da Administração da SUSEP

Art 37. A administração da SUSEP será exercida por um Superintendente nomeado pelo Presidente da República, mediante indicação do Ministro da Indústria e do Comércio.

Parágrafo único. O Regimento Interno da SUSEP, aprovado por Decreto do Poder Executivo, fixará a competência e as atribuições do Superintendente.

## SEÇÃO III

Art 38. O quadro de pessoal da SUSEP será constituído do pessoal que fôr admitido mediante concurso público de provas e títulos.

§ 1º Poderá ser admitido pessoal contratado, nos termos da legislação trabalhista.

§ 2º Integrarão o quadro de pessoal da SUSEP as séries de classe de Inspectores de Seguros.

## SEÇÃO IV Dos Recursos Financeiros

Art 39. Do produto da arrecadação do imposto sobre operações financeiras a que se refere a Lei nº 5.143, de 20-10-66, será destacada a parcela necessária ao custeio das atividades da SUSEP.

Art 40. Constituem ainda recursos da SUSEP:

I - O produto das multas aplicadas pela SUSEP;

II - Dotação orçamentária específica ou créditos especiais;

III - Juros de depósitos bancários;

IV - A participação que lhe fôr atribuída pelo CNSP no fundo previsto no art. 16;

V - Outras receitas ou valores adventícios, resultantes de suas atividades.

## CAPÍTULO VI Do Instituto de Resseguros do Brasil

### SEÇÃO I Da Natureza Jurídica, Finalidade, Constituição e Competência

Art 41. O IRB é uma sociedade de economia mista, dotada de personalidade jurídica própria de Direito Privado e gozando de autonomia administrativa e financeira.

Parágrafo único - O IRB será representado em juízo ou fora dêle por seu Presidente e responderá no fôro comum.

Art 42. O IRB tem a finalidade de regular o cosseguro, o resseguro e a retrocessão, bem como promover o desenvolvimento das operações de seguro, segundo as diretrizes do CNSP.

~~Art 43. O capital do IRB será de Cr\$ 7.000.000.000 (sete bilhões de cruzeiros) divididos em 700.000 (setecentas mil ações) no valor unitário de Cr\$ 10.000 (dez mil cruzeiros), das quais 50% (cinquenta por cento) de propriedade das Entidades federais de previdência social (acionistas classe "A") e as restantes 50% (cinquenta por cento) das Sociedades Seguradoras (acionistas classe "B").~~

~~§ 1º O IRB pode aumentar seu capital alterando o número de ações ou o valor unitário delas, inclusive pela incorporação da correção monetária do seu ativo imobilizado, mediante proposta do Conselho Técnico e aprovação do Ministro da Indústria e do Comércio.~~

~~§ 2º As ações do IRB, que poderão ser substituídas por títulos e cautelas múltiplas, não se prestarão a garantia, exceto as de classe "B", que constituirão caução permanente de garantia, em favor do IRB, das operações das Sociedades Seguradoras.~~

~~§ 3º A transferência de ações só poderá ocorrer entre acionistas da mesma classe, dependendo de prévia autorização do Conselho Técnico do IRB, ao qual incumbirá fixar o ágio para atender à valorização das reservas, fundos e provisões do Instituto.~~

Art. 43. O capital social do IRB é representado por ações escriturais, ordinárias e preferenciais, todas sem valor nominal. (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

Parágrafo único. As ações ordinárias, com direito a voto, representam, no mínimo, cinquenta por cento do capital social. (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

Art 44. Compete ao IRB:

I - Na qualidade de órgão regulador de cosseguro, resseguro e retrocessão:

a) elaborar e expedir normas reguladoras de cosseguro, resseguro e retrocessão;

b) aceitar o resseguro obrigatório e facultativo, do País ou do exterior;

c) reter o resseguro aceito, na totalidade ou em parte;

d) promover a colocação, no exterior, de seguro, cuja aceitação não convenha aos interesses do País ou que nêle não encontre cobertura;

e) impor penalidade às Sociedades Seguradoras por infrações cometidas na qualidade de cosseguradoras, resseguradas ou retrocessionárias;

- f) organizar e administrar consórcios, recebendo inclusive cessão integral de seguros;
- g) proceder à liquidação de sinistros, de conformidade com os critérios traçados pelas normas de cada ramo de seguro;
- h) distribuir pelas Sociedades a parte dos resseguros que não retiver e colocar no exterior as responsabilidades excedentes da capacidade do mercado segurador interno, ou aquelas cuja cobertura fora do País convenha aos interesses nacionais;
- i) representar as retrocessionárias nas liquidações de sinistros amigáveis ou judiciais;
- j) publicar revistas especializadas e toda capacidade do mercado nacional de seguros.

II - Na qualidade de promotor do desenvolvimento das operações de seguro, dentre outras atividades:

- a) organizar cursos para a formação e aperfeiçoamento de técnicos em seguro;
- b) promover congressos, conferências, reuniões, simpósios e dêles participar;
- c) incentivar a criação e o desenvolvimento de associações técnico-científicas;
- d) organizar plantas cadastrais, registro de embarcações e aeronaves, vistoriadores e corretores;
- e) compilar, processar e divulgar dados estatísticos;
- f) publicar, revistas especializadas e outras obras de natureza técnica.

Art 45. Caberá ao IRB a administração das Bolsas de Seguro, destinadas a promover a colocação, no País ou no exterior, de seguros e resseguros especiais que não encontrem cobertura normal nas Sociedades Seguradoras participantes do mercado nacional.

Parágrafo único. As Bôlsas de Seguro poderão ser criadas nas capitais dos Estados, por ato do CNSP, mediante proposta do IRB.

## SEÇÃO II Da Administração e do Conselho Fiscal

~~Art 46. A administração do IRB compreenderá:~~  
~~I - A Presidência;~~  
~~II - O Conselho Técnico - CT;~~  
~~III - O Conselho Fiscal - CF.~~

Art. 46. São órgãos de administração do IRB o Conselho de Administração e a Diretoria. (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

§ 1º O Conselho de Administração é composto por seis membros, eleitos pela Assembléia Geral, sendo: (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

I - três membros indicados pelo Ministro de Estado da Fazenda, dentre eles: (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

a) o Presidente do Conselho; (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

b) o Presidente do IRB, que será o Vice-Presidente do Conselho; (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)



II - um membro indicado pelo Ministro de Estado do Planejamento e orçamento; (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

III - um membro indicado pelos acionistas detentores de ações preferenciais; (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

IV - um membro indicado pelos acionistas minoritários, detentores de ações ordinárias. (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

§ 2º A Diretoria do IRB é composta por seis membros, sendo o Presidente e o Vice-Presidente Executivo nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Fazenda, e os demais eleitos pelo Conselho, de Administração. (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

§ 3º Enquanto a totalidade das ações ordinárias permanecer com a União, aos acionistas detentores de ações preferenciais será facultado o direito de indicar até dois membros para o Conselho de Administração do IRB. (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

§ 4º Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria do IRB terão mandato de três anos, observado o disposto na Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

~~Art 47. Os estatutos fixarão a competência e as atribuições do Presidente e do Conselho Técnico.~~

Art. 47 O Conselho Fiscal do IRB é composto por cinco membros efetivos e respectivos suplentes, eleitos pela Assembléia Geral, sendo: (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

I - três membros e respectivos suplentes indicados pelo Ministro de Estado da Fazenda, dentre os quais um representante do Tesouro Nacional; (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

II - um membro e respectivo suplente eleitos, em votação em separado, pelos acionistas minoritários detentores de ações ordinárias; (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

III - um membro e respectivo suplente eleitos pelos acionistas detentores de ações preferenciais sem direito a voto ou com voto restrito, excluído o acionista controlador, se detentor dessa espécie de ação. (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

Parágrafo único. Enquanto a totalidade das ações ordinárias permanecer com a União, aos acionistas detentores de ações preferenciais será facultado o direito de indicar até dois membros para o Conselho Fiscal do IRB. (Incluído pela Lei nº 9.482, de 1997)

~~Art 48. O Presidente será nomeado pelo Presidente da República e tomará posse perante o Ministro da Indústria e do Comércio.~~

~~Parágrafo único. Para substituir o Presidente do IRB em seus impedimentos, haverá um Vice-Presidente, escolhido pelo Presidente da República dentre os Conselheiros que representem os acionistas da classe "A".~~

Art. 48. Os estatutos fixarão a competência do Conselho de Administração e da Diretoria do IRB. (Redação dada pela Lei nº 9.482, de 1997)

~~Art 49. O Conselho Técnico do IRB será composto de seis membros, denominados Conselheiros, dos quais três nomeados por livre escolha do Presidente da República, como representantes dos acionistas da classe "A", e três eleitos pelos acionistas da classe "B", dentre brasileiros que exerçam cargos de direção ou técnicos na administração das Sociedades Seguradoras. (Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~§ 1º Cada Sociedade Seguradora terá direito a um voto; (Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~§ 2º Os Conselheiros representantes dos acionistas da classe "B" terão mandato de dois anos; (Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~§ 3º Os membros do Conselho Técnico tomarão posse perante o Presidente do IRB. (Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~Art 50. O Presidente e os Conselheiros não contraem obrigação pessoal, individual ou solidária pelos~~

~~atos praticados no exercício dos respectivos cargos, mas são responsáveis pela negligência, falta de exatidão, culpa ou dolo com que desempenharem suas funções.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~Art 51. Os Estatutos disporão sobre os vencimentos e as gratificações do Presidente e Membros do Conselho Técnico, regulando também as eleições, a posse e a substituição dos Conselheiros.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~Art 52. Não poderão ser membros efetivos ou suplentes do Conselho Técnico do IRB.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~a) parentes consanguíneos até o segundo grau, ocnhado, sogro, ou genro do Presidente, dos membros efetivos ou suplente do aludido Conselho;-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~b) administradores, gerentes ou quaisquer servidores de Sociedade Seguradora de que faça parte algum outro membro efetivo ou suplente dos Conselhos Técnico ou Fiscal.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~Art 53. O IRB terá um Conselho Fiscal -CF, composto de dois representantes dos acionistas da classe "A" e um representante dos da classe "B", cada um com o respectivo suplente.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~§ 1º O provimento dos cargos de CF obedecerá à sistemática estabelecida no artigo 40, vigendo restrições idênticas às do artigo 52, ambas deste decreto lei.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~§ 2º Os membros de CF tomarão posse perante o Ministro da Indústria e do Comércio.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

~~Art 54. Os Estatutos fixarão a competência do CF e a remuneração de seus membros.-(Revogado pela Lei nº 9.482, de 1997)~~

### SEÇÃO III Do Pessoal

Art 55. Os serviços do IRB serão executados por pessoal admitido mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, cabendo aos Estatutos regular suas condições de realização, bem como os direitos, vantagens e deveres dos servidores, inclusive as punições aplicáveis.

§ 1º A nomeação para cargo em comissão será feita pelo Presidente, depois de aprovada sua criação pelo Conselho Técnico.

§ 2º É permitida a contratação de pessoal destinado a funções técnicas especializadas ou para serviços auxiliares de manutenção, transporte, higiene e limpeza.

§ 3º Ficam assegurados aos servidores do IRB os direitos decorrentes de normas legais em vigor, no que digam respeito à participação nos lucros, aposentadoria, enquadramento sindical, estabilidade de aplicação da legislação do trabalho.

§ 4º Os vencimentos dos servidores do IRB constarão de quadro aprovado pelo Conselho Técnico, mediante proposta do Presidente.

### SEÇÃO IV Das operações

Art 56. O IRB opera em qualquer tipo de resseguro ou de retrocessão, segundo as normas aprovadas pelo Conselho Técnico e dentro das diretrizes traçadas pelo CNSP, que regulamentará a realização dos seguros previstos no artigo 20 do Capítulo III dêste decreto-lei.

Art 57 As operações do IRB têm a garantia de seu capital e reservas e, subsidiariamente, a da União.

Art 58. A aceitação de resseguro pelo IRB é obrigatória, em princípio, para as responsabilidades originárias e para os riscos acessórios.

Art 59. O IRB poderá organizar e dirigir consórcios, inclusive dêles participar, sendo considerado ressegurador e ficando as Sociedades Seguradoras, nesse caso, como retrocessionárias.

Art 60. É obrigatória a aceitação da retrocessão do IRB pelas Sociedades Seguradoras autorizadas a

operar no País.

§ 1º A circunstância de não operarem em seguro, no ramo e modalidade da retrocessão, não exime as Sociedades Seguradoras das obrigações estabelecidas neste artigo.

§ 2º Na distribuição das retrocessões, o IRB levará em conta o volume e o resultado dos resseguros recebidos, bem como a orientação técnica e a situação econômico-financeira das Sociedades Seguradoras.

Art 61. O IRB poderá efetuar adiantamentos às Sociedades Seguradoras, por conta de recuperação de indenizações provenientes de sinistros.

§ 1º No caso de receberem adiantamento, as Sociedades Seguradoras ficarão obrigadas a aplicá-lo na liquidação dentro de 30 dias. Constitui crime de apropriação indébita a falta de utilização dos adiantamentos recebidos, na forma e no prazo previstos neste parágrafo.

§ 2º Os diretores e administradores das Sociedades Seguradoras respondem civil e criminalmente pela inobservância do disposto no parágrafo anterior.

Art 62. As Sociedades Seguradoras ficam obrigadas a constituir e a manter um Fundo de Garantia de Retrocessões - FGR, destinado a responder subsidiariamente pelas responsabilidades decorrentes das retrocessões do I.R.B.

§ 1º O FGR será considerado, para todos os efeitos, como reserva técnica.

§ 2º O FGR será constituído pela transferência anual de percentuais dos lucros líquidos apurados pelas Sociedades, da forma e nas condições estabelecidas pelo CNSP, que poderá determinar a transferência para o FGR da parte ou da totalidade dos saldos auferidos pelas Sociedades Seguradoras, na condição de retrocessionárias do IRB.

§ 3º O CNSP fixará o montante do FGR a ser recolhido ao IRB, sobre o qual este abonará juros, podendo efetuar a compensação dos seus créditos nos casos de liquidação das Sociedades Seguradoras.

Art 63. Todas as informações e demais esclarecimentos necessário às operações do IRB serão obrigatoriamente fornecidos pelas autoridades e pelas Sociedades Seguradoras a que forem solicitadas.

Art 64. Para a realização da política de seguros estabelecida pelo CNSP, o Ministério da Fazenda e os órgãos do Sistema Financeiro Nacional prestarão ao IRB a colaboração necessária e lhe proporcionarão os meios para a efetivação de suas operações no exterior.

## SEÇÃO V Das liquidações de sinistros

Art 65. Nos casos de liquidação de sinistros, as normas e decisões do IRB obrigam as Sociedades Seguradoras.

Art 66. As liquidações extrajudiciais só obrigarão o IRB quando ele houver homologado o acordo relativo à indenização e autorizado previamente seu pagamento, ressalvadas as exceções de cada ramo.

Art 67. O IRB responderá perante as Sociedades Seguradoras diretas na proporção da responsabilidade ressegurada, inclusive na parte correspondente às despesas de liquidação, ficando com direito regressivo contra as retrocessionárias, para delas reaver a quota que lhes couber no sinistro.

Art 68. O IRB será considerado litisconsorte necessário nas ações de seguro, sempre que tiver responsabilidade no pedido.

§ 1º A Sociedade Seguradora deverá declarar, na contestação, se o IRB participa na soma reclamada.

Sendo o caso, o juiz mandará citar o Instituto e manterá sobrestado o andamento do feito até a efetivação da medida processual.

§ 2º O IRB responderá no fôro em que fôr demandada a Sociedade Seguradora.

§ 3º O IRB não responde diretamente perante os segurados pelo montante assumido em resseguro.

§ 4º Nas ações executivas de seguro e nas execuções de sentença, não terá eficácia a penhora feita antes da citação da Sociedade Seguradora e do IRB.

§ 5º Nas louvações de peritos, caberá ao IRB a indicação, se não houver acôrdo com as Sociedades Seguradoras.

§ 6º As sentenças proferidas com inobservância do disposto no presente artigo serão nulas.

Art 69. As Sociedades Seguradoras retrocessionárias acompanharão a sorte do IRB, que as representará nas liquidações amigáveis ou judiciais de sinistros.

#### SEÇÃO VI Do balanço e distribuição de lucros

Art 70. O IRB constituirá reservas, fundos e provisões necessárias à sua estabilidade econômico-financeira, não podendo as reservas técnicas ser inferiores às determinadas pelo CNSP para as Sociedades Seguradoras.

Parágrafo único. As reservas fundos e provisões, constituídas pelo IRB na forma dêste artigo, não se consideram como lucros, para efeitos fiscais.

Art 71. Depois de constituídas as reservas técnicas e feitas as necessárias amortizações e depreciações, os lucros líquidos do IRB serão distribuídos da seguinte forma:

- a) o montante determinado pelo CT para um fundo de reserva suplementar, soma essa que até o fundo atingir valor igual ao do capital, deverá ser, no mínimo de vinte por cento;
- b) o montante necessário para distribuir um dividendo não superior a dez por cento do capital realizado e reservas patrimoniais do IRB, conforme deliberação do CT;
- c) o montante necessário para gratificação aos Conselheiros, ao Presidente e aos demais membros da administração e servidores.

Parágrafo único. O saldo que se apurar será distribuído da seguinte forma:

- a) o montante necessário para fundos especiais, inclusive para difusão e aperfeiçoamento técnico do seguro, a critério do CT;
- b) até vinte e cinco por cento às Instituições de Previdência Social, proporcionalmente às respectivas participações nas ações da classe "A";
- c) até vinte e cinco por cento a serem distribuídos pelas Sociedades Seguradoras, na proporção do resultado das operações que tenham efetuado com o IRB;
- d) até vinte e cinco por cento para a União Federal, destinados ao Ministério da Saúde, para o combate às endemias.

#### CAPÍTULO VII

## Das sociedades seguradoras

### SEÇÃO I Legislação aplicável

Art 72. As Sociedades Seguradoras serão reguladas pela legislação geral no que lhes fôr aplicável e, em especial, pelas disposições do presente decreto-lei.

Art 73. As Sociedades Seguradoras não poderão explorar qualquer outro ramo de comércio ou indústria.

### SEÇÃO II Da autorização para funcionamento

Art 74. A autorização para funcionamento será concedida através de Portaria do Ministro da Indústria e do Comércio, mediante requerimento firmado pelos incorporadores, dirigido ao CNSP e apresentado por intermédio da SUSEP.

Art 75. Concedida a autorização para funcionamento, a Sociedade terá o prazo de noventa dias para comprovar perante a SUSEP, o cumprimento de tôdas as formalidades legais ou exigências feitas no ato da autorização.

Art 76. Feita a comprovação referida no artigo anterior, será expedido a carta-patente pelo Ministro da Indústria e do Comércio.

Art 77. As alterações dos Estatutos das Sociedades Seguradoras dependerão de prévia autorização do Ministro da Indústria e do Comércio, ouvidos a SUSEP e o CNSP.

### SEÇÃO III Das Operações das Sociedades Seguradoras

Art 78. As Sociedades Seguradoras só poderão operar em seguros para os quais tenham a necessária autorização, segundo os planos, tarifas e normas aprovadas pelo CNSP.

Art 79. É vedado às Sociedades Seguradoras reter responsabilidades cujo valor ultrapasse os limites técnico, fixados pela SUSEP de acôrdo com as normas aprovadas pelo CNSP, e que levarão em conta:

- a) a situação econômico-financeira das Sociedades Seguradoras;
- b) as condições técnicas das respectivas carteiras;
- c) o resultado de suas operações com o IRB.

§ 1º As Sociedades Seguradoras são obrigadas a ressegurar no IRB as responsabilidades excedentes de seu limite técnico em cada ramo de operações e, em caso de cosseguro, a cota que fôr fixada pelo CNSP.

§ 2º Não haverá cobertura de resseguro para as responsabilidades assumidas pelas Sociedades Seguradoras em desacôrdo com as normas e instruções em vigor.

Art 80. As operações de cosseguro obedecerão a critérios fixados pelo CNSP, quanto à obrigatoriedade e normas técnicas.

Art 81. A colocação de seguro e resseguro no estrangeiro será feita exclusivamente por intermédio do IRB.

Parágrafo único. As reservas de garantia correspondentes aos seguros e resseguros efetuados no

exterior ficarão integralmente retidas no País.

Art 82. As Sociedades Seguradoras só poderão aceitar resseguros mediante prévia e expressa autorização do IRB.

Art 83. As apólices, certificados e bilhetes de seguro mencionarão a responsabilidade máxima da Sociedade Seguradora, expressa em moeda nacional, para cobertura dos riscos nêles descritos e caracterizados.

Art 84. Para garantia de tôdas as suas obrigações, as Sociedades Seguradoras constituirão reservas técnicas, fundos especiais e provisões, de conformidade com os critérios fixados pelo CNSP, além das reservas e fundos determinados em leis especiais.

§ 1º O patrimônio líquido das sociedades seguradoras não poderá ser inferior ao valor do passivo não operacional, nem ao valor mínimo decorrente do cálculo da margem de solvência, efetuado com base na regulamentação baixada pelo CNSP. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

§ 2º O passivo não operacional será constituído pelo valor total das obrigações não cobertas por bens garantidores. Parágrafo incluído pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

§ 3º As sociedades seguradoras deverão adequar-se ao disposto neste artigo no prazo de um ano, prorrogável por igual período e caso a caso, por decisão do CNSP. Parágrafo incluído pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

Art 85. Os bens garantidores das reservas técnicas, fundos e provisões serão registrados na SUSEP e não poderão ser alienados, prometidos alienar ou de qualquer forma gravados em sua previa e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação dêste artigo.

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatòriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante simples requerimento firmado pela Sociedade Seguradora e pela SUSEP.

Art 86. Os segurados e beneficiários que sejam credores por indenização ajustada ou por ajustar têm privilégio especial sôbre reservas técnicas, fundos especiais ou provisões garantidoras das operações de seguro, cabendo ao IRB o mesmo privilégio após o pagamento aos segurados e beneficiários.

Art 87. As Sociedades Seguradoras não poderão distribuir lucros ou quaisquer fundos correspondentes às reservas patrimoniais, desde que essa distribuição possa prejudicar o investimento obrigatòrio do capital e reserva, de conformidade com os critérios estabelecidos neste Decreto-lei.

Art 88. As Sociedades Seguradoras obedecerão às normas e instruções da SUSEP e do IRB sôbre operações de seguro, cosseguro, resseguro e retrocessão, bem como lhes fornecerão dados e informações atinentes a quaisquer aspectos de suas atividades.

Parágrafo único. Os inspetores e funcionários credenciados da SUSEP e do IRB terão livre acesso às Sociedades Seguradoras, delas podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas neste Decreto-lei, qualquer dificuldade oposta aos objetivos dêste artigo.

## CAPÍTULO VII Do Regime Especial de Fiscalização

Art 89. Em caso de insuficiência de cobertura das reservas técnicas ou de mà situação econômico-financeira da Sociedade Seguradora, a critério da SUSEP, poderá esta, além de outras providências cabíveis, inclusive fiscalização especial, nomear, por tempo indeterminado, às expensas da Sociedade Seguradora, um

diretor-fiscal com as atribuições e vantagens que lhe forem indicadas pelo CNSP.

Parágrafo único. Sempre que julgar necessário ou conveniente à defesa dos interesses dos segurados, a SUSEP verificará, nas indenizações, o fiel cumprimento do contrato, inclusive a exatidão do cálculo da reserva técnica e se as causas protelatórias do pagamento, porventura existentes, decorrem de dificuldades econômico-financeira da empresa.

Art 90. Não surtindo efeito as medidas especiais ou a intervenção, a SUSEP encaminhará ao CNSP proposta de cassação da autorização para funcionamento da Sociedade Seguradora.

Parágrafo único. Aplica-se à intervenção a que se refere este artigo o disposto nos arts. 55 a 62 da Lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977. (Parágrafo único incluído pela Lei nº 10.190, de 14.2.2001)

Art 91. O descumprimento de qualquer determinação do Diretor-Fiscal por Diretores, administradores, gerentes, fiscais ou funcionários da Sociedade Seguradora em regime especial de fiscalização acarretará o afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art 92. Os administradores das Sociedades Seguradoras ficarão suspensos do exercício de suas funções desde que instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão perdendo imediatamente seu mandato na hipótese de condenação.

Art 93. Cassada a autorização de uma Sociedade Seguradora para funcionar, a alienação ou gravame de qualquer de seus bens dependerá de autorização da SUSEP, que, para salvaguarda dessa inalienabilidade, terá poderes para controlar o movimento de contas bancárias e promover o levantamento do respectivo ônus junto às Autoridades ou Registros Públicos.

#### CAPÍTULO VIII Da Liquidação das Sociedades Seguradoras

Art 94. A cessação das operações das Sociedades Seguradoras poderá ser:

- a) voluntária, por deliberação dos sócios em Assembléia Geral;
- b) compulsória, por ato do Ministro da Indústria e do Comércio, nos termos deste Decreto-lei.

Art 95. Nos casos de cessação voluntária das operações, os Diretores requererão ao Ministro da Indústria e do Comércio o cancelamento da autorização para funcionamento da Sociedade Seguradora, no prazo de cinco dias da respectiva Assembléia Geral.

Parágrafo único. Devidamente instruído, o requerimento será encaminhado por intermédio da SUSEP, que opinará sobre a cessação deliberada.

Art 96. Além dos casos previstos neste Decreto-lei ou em outras leis, ocorrerá a cessação compulsória das operações da Sociedade Seguradora que:

- a) praticar atos nocivos à política de seguros determinada pelo CNSP;
- b) não formar as reservas, fundos e provisões a que esteja obrigada ou deixar de aplicá-las pela forma prescrita neste Decreto-lei;
- c) acumular obrigações vultosas devidas ao IRB, a juízo do Ministro da Indústria e do Comércio;
- d) configurar a insolvência econômico-financeira.

Art 97. A liquidação voluntária ou compulsória das Sociedades Seguradoras será processada pela SUSEP.

Art 98. O ato da cassação será publicado no Diário Oficial da União, produzindo imediatamente os seguintes efeitos:

- a) suspensão das ações e execuções judiciais, excetuadas as que tiveram início anteriormente, quando intentadas por credores com privilégio sobre determinados bens da Sociedade Seguradora;
- b) vencimento de todas as obrigações civis ou comerciais da Sociedade Seguradora liquidanda, incluídas as cláusulas penais dos contratos;
- c) suspensão da incidência de juros, ainda que estipulados, se a massa liquidanda não bastar para o pagamento do principal;
- d) cancelamento dos poderes de todos os órgãos de administração da Sociedade liquidanda.

Parágrafo único. Durante a liquidação, fica interrompida a prescrição extintiva contra ou a favor da massa liquidanda.

Art 99. Além dos poderes gerais de administração, a SUSEP ficará investida de poderes especiais para representar a Sociedade Seguradora liquidanda ativa e passivamente, em juízo ou fora d'ele, podendo:

- a) propor e contestar ações, inclusive para integralização de capital pelos acionistas;
- b) nomear e demitir funcionários;
- c) fixar os vencimentos de funcionários;
- d) outorgar ou revogar mandatos;
- e) transigir;
- f) vender valores móveis e bens imóveis.

Art 100. Dentro de 90 (noventa) dias da cassação para funcionamento, a SUSEP levantará o balanço do ativo e do passivo da Sociedade Seguradora liquidanda e organizará:

- a) o arrolamento pormenorizado dos bens do ativo, com as respectivas avaliações, especificando os garantidores das reservas técnicas ou do capital;
- b) a lista dos credores por dívida de indenização de sinistro, capital garantidor de reservas técnicas ou restituição de prêmios, com a indicação das respectivas importâncias;
- c) a relação dos créditos da Fazenda Pública, da Previdência Social, e do IRB;
- d) a relação dos demais credores, com indicação das importâncias e procedência dos créditos, bem como sua classificação, de acordo com a legislação de falências.

Parágrafo único. O IRB compensará seu crédito com o valor das ações efetivamente realizadas pela Sociedade Seguradora liquidanda, acrescido do ágio, pagando-lhe o saldo, se houver, e procedendo à transferência como previsto no artigo 43 parágrafo 3º.

Art 101. Os interessados poderão impugnar o quadro geral de credores, mas decairão desse direito se não o exercerem no prazo de quinze dias.

Art 102. A SUSEP examinará as impugnações e fará publicar no Diário Oficial da União, sua decisão, dela notificando os recorrentes por via postal, sob AR.



Parágrafo único. Da decisão da SUSEP caberá recurso para o Ministro da Indústria e do Comércio, no prazo de quinze dias.

Art 103. Depois da decisão relativa a seus créditos ou aos créditos contra os quais tenham reclamado, os credores não incluídos nas relações a que se refere o art. 100, os delas excluídos, os incluídos sem os privilégios a que se julguem com direito, inclusive por atribuição de importância inferior à reclamada, poderão prosseguir na ação já iniciada ou propor a que lhes competir.

Parágrafo único. Até que sejam julgadas as ações, a SUSEP reservará cota proporcional do ativo para garantia dos credores de que trata este artigo.

Art 104. A SUSEP promoverá a realização do ativo e efetuará o pagamento dos credores pelo crédito apurado e aprovado, no prazo de seis meses, observados os respectivos privilégios e classificação, de acordo com a cota apurada em rateio.

Art 105. Ultimada a liquidação e levantado o balanço final, será o mesmo submetido à aprovação do Ministro da Indústria e do Comércio, com relatório da SUSEP.

Art 106. A SUSEP terá direito à comissão de cinco por cento sobre o ativo apurado nos trabalhos de liquidação, competindo ao Superintendente arbitrar a gratificação a ser paga aos inspetores e funcionários encarregados de executá-los.

Art 107. Nos casos omissos, são aplicáveis as disposições da legislação de falências, desde que não contrariem as disposições do presente Decreto-lei.

Parágrafo único. Nos casos de cessação parcial, restrita às operações de um ramo, serão observadas as disposições deste Capítulo, na parte aplicável.

#### CAPÍTULO IX Do Regime Repressivo

Art 108. As infrações aos dispositivos deste Decreto-lei sujeitam as Sociedades Seguradoras, seus Diretores, administradores, gerentes e fiscais 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 ou permanente para o exercício de cargo de direção, nas Sociedades Seguradoras ou no IRB;

V - Suspensão da autorização em cada ramo isolado;

VI - Perda parcial ou total da recuperação de resseguro;

VII - Suspensão de cobertura automática;

VIII - Suspensão de retrocessão;

IX - Cassação de carta-patente.

Art 109. Os Diretores, administradores, gerentes e fiscais das Sociedades Seguradoras responderão

solidariamente com a mesma pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos seus acionistas, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes as operações de seguro, cosseguro, resseguro ou retroseção, e em especial, pela falta de constituição das reservas obrigatórias.

Art 110. Constitui crime contra a economia popular, punível de acôrdo com a legislação respectiva, a ação ou omissão, pessoal ou coletiva, de que decorra a insuficiência das reservas e de sua cobertura, vinculadas à garantia das obrigações das Sociedades Seguradoras.

Art 111. Serão aplicadas multas de até Cr\$50.000.000 (cinquenta milhões de cruzeiros) às Sociedades Seguradoras que:

a) infringirem disposições das normas e instruções baixadas pelo CNPS, pela SUSEP ou pelo IRB, nos casos em que não estejam previstas outras penalidades;

b) retiverem cotas de responsabilidade fora de seus limites de retenção;

c) alienarem ou onerarem bens em desacôrdo com êste Decreto-lei;

d) não mantiverem os registros aprovados pela SUSEP, de acôrdo com o presente Decreto-lei;

e) transgredirem a proibição do art. 24 dêste Decreto-lei;

f) deixarem de fornecer informações ao IRB na forma prevista no artigo 63 dêste Decreto-lei;

g) fizerem declarações ou dissimulações fraudulentas nos reletórios, balanços, contas e documentos apresentados, requisitados ou apreendidos pela SUSEP ou pelo IRB;

h) diretamente ou por interposta pessoa, realizarem ou se propuserem realizar, através de anúncios ou prospectos, contratos de seguro ou resseguro de qualquer natureza que interessem a pessoas e coisas existentes no País, sem a necessária carta-patente ou antes da aprovação dos respectivos planos, tabelas, modelos de propostas, de apólices e de bilhetes de seguro;

i) divulgarem prospectos, publicarem anúncios, expedirem circulares ou fizerem outras publicações que contenham afirmações ou informações contrárias às leis, seus estatutos e planos, ou que possam induzir alguém em erro sôbre a verdadeira importância das operações, bem como sôbre o alcance da fiscalização a que estiverem obrigadas.

Art 112. Será aplicada multa de até Cr\$20.000.000 (vinte milhões de cruzeiros) às pessoas que deixarem de realizar os seguros legalmente obrigatórios, sem prejuízo de outras sanções legais.

Art 113. As pessoas físicas ou jurídicas que realizarem operações de seguro, cosseguro ou resseguro sem a devida autorização, no País ou no exterior, ficam sujeitas à pena de multa igual ao valor da importância segurada ou ressegurada.

Art 114. A suspensão do exercício do cargo e a inabilitação para a direção ou gerência de Sociedades Seguradoras caberão quando houver reincidência nas transgressões previstas nas letras d , f , e h do artigo 111.

Art 115. A suspensão de autorização para operar em determinado ramo de seguro será aplicada quando verificada má condução técnica ou financeira dos respectivos negócios.

Art 116. A perda parcial ou total da recuperação e a suspensão da cobertura automática e das retrocessões caberão nos seguintes casos:

a) incapacidade técnica na condução dos negócios da Sociedade Seguradora;

- b) liquidação de sinistro sem autorização do IRB;
- c) contratação de seguro em desacôrdo com as normas da SUSEP;
- d) falta de liquidação dos débitos de operações com o IRB por mais de sessenta dias;
- e) omissão do IRB como litisconsorte necessário nos casos em que êste tiver responsabilidade no pedido;
- f) falta de aplicação dos adiantamentos concedidos pelo IRB, na forma e no prazo previsto no artigo 66, parágrafo 1º dêste Decreto-lei;
- g) reincidência na proibição do artigo 30 do presente Decreto-lei;
- h) reincidência na proibição do artigo 84 dêste Decreto-lei;
- i) reincidência na proibição do artigo 11, letra " a ", dêste Decreto-lei;

Art 117. A cassação da carta patente se fará nas hipóteses de infringência dos artigos 81 e 82, nos casos previstos no artigo 96 ou de reincidência na proibição estabelecida nas letras " c " e " i " do artigo 111, todos do presente Decreto-lei.

Art 118. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto, a representação ou a denúncia positivando fatos irregulares, e o CNSP disporá sôbre as respectivas instaurações, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processualísticos.

Art 119. As multas aplicadas de conformidade com o disposto neste Capítulo e seguinte serão recolhidas aos cofres da SUSEP.

Art 120. Os valores monetários das penalidades previstas nos artigos precedentes ficam sujeitos à correção monetária pelo CNSP.

Art 121. Provada qualquer infração penal a SUSEP remeterá cópia do processo ao Ministério Público para fins de direito.

## CAPÍTULO X Dos Corretores de Seguros

Art 122. O corretor de seguros, pessoa física ou jurídica, é o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

Art 123. O exercício da profissão, de corretor de seguros depende de prévia habilitação e registro.

§ 1º A habilitação será feita perante a SUSEP, mediante prova de capacidade técnico-profissional, na forma das instruções baixadas pelo CNSP.

§ 2º O corretor de seguros poderá ter prepostos de sua livre escolha e designará, dentre êles, o que o substituirá.

§ 3º Os corretores e prepostos serão registrados na SUSEP, com obediência aos requisitos estabelecidos pelo CNSP.

Art 124. As comissões de corretagem só poderão ser pagas a corretor de seguros devidamente habilitado.

Art 125. É vedado aos corretores e seus prepostos:

- a) aceitar ou exercer emprêgo de pessoa jurídica de Direito Público;
- b) manter relação de emprêgo ou de direção com Sociedade Seguradora.

Parágrafo único. Os impedimentos dêste artigo aplicam-se também aos Sócios e Diretores de Empresas de corretagem.

Art 126. O corretor de seguros responderá civilmente perante os segurados e as Sociedades Seguradoras pelos prejuízos que causar, por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

Art 127. Caberá responsabilidade profissional, perante a SUSEP, ao corretor que deixar de cumprir as leis, regulamentos e resoluções em vigor, ou que der causa dolosa ou culposa a prejuízos às Sociedades Seguradoras ou aos segurados.

Art 128. O corretor de seguros estará sujeito às penalidades seguintes:

- a) multa;
- b) suspensão temporária do exercício da profissão;
- c) cancelamento do registro.

Parágrafo único. As penalidades serão aplicadas pela SUSEP, em processo regular, na forma prevista no art. 119 desta Lei.

## CAPÍTULO XI Disposições Gerais e Transitórias

### SEÇÃO I Do Seguro-Saúde

Art 129. Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar.

Art 130. A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médico-hospitalar ao segurado.

§ 1º A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquia, de acôrdo com os critérios fixados pelo CNSP.

§ 2º A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior.

Art 131. Para os efeitos do artigo 130 dêste Decreto-lei, o CNSP estabelecerá tabelas de honorários médico-hospitalares e fixará percentuais de participação obrigatória dos segurados nos sinistros.

§ 1º Na elaboração das tabelas, o CNSP observará a média regional dos honorários e a renda média dos pacientes, incluindo a possibilidade da ampliação voluntária da cobertura pelo acréscimo do prêmio.

§ 2º Na fixação das percentagens de participação, o CNSP levará em conta os índices salariais dos segurados e seus encargos familiares.

Art 132. O pagamento das despesas cobertas pelo Seguro-Saúde dependerá de apresentação da documentação médico é hospitalar que possibilite a identificação do sinistro.

Art 133. É vedado às Sociedades Seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar.

Art 134. As sociedades civis ou comerciais que, na data deste Decreto-lei, tenham vendido títulos, contratos, garantias de saúde, segurança de saúde, benefícios de saúde, títulos de saúde ou seguros sob qualquer outra denominação, para atendimento médico, farmacêutico e hospitalar, integral ou parcial, ficam proibidas de efetuar novas transações do mesmo gênero, ressalvado o disposto no art. 144, parágrafo 1º.

§ 1º As Sociedades civis e comerciais que se enquadrem no disposto neste artigo poderão continuar prestando os serviços nele referidos exclusivamente às pessoas físicas ou jurídicas com as quais os tenham ajustado ante da promulgação deste Decreto-lei, facultada opção bilateral pelo regime do Seguro-Saúde.

§ 2º No caso da opção prevista no parágrafo anterior, as pessoas jurídicas prestantes da assistência médica, farmacêutica e hospitalar, ora regulada, ficarão responsáveis pela contribuição do Seguro-Saúde devida pelas pessoas físicas optantes.

§ 3º Ficam excluídas das obrigações previstas neste artigo as Sociedades Beneficentes que estiverem em funcionamento na data da promulgação deste Decreto-lei, as quais poderão preferir o regime do Seguro-Saúde a qualquer tempo.

Art 135. As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares, sujeitas ao que dispuser a Regulamentação desta Lei, às resoluções do CNSP e à fiscalização dos órgãos competentes.

## SEÇÃO II

Art 136. Fica extinto o Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização (DNSPC), do Ministério da Indústria e do Comércio, cujo acervo e documentação passarão para a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

§ 1º Até que entre em funcionamento a SUSEP, as atribuições a ela conferidas pelo presente Decreto-lei continuarão a ser desempenhadas pelo DNSPC.

§ 2º Ficam extintos, no Quadro de Pessoal do Ministério da Indústria e do Comércio, o cargo em comissão de Diretor-Geral do Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização, símbolo 2-C, e oito (8) cargos, em comissão, de Delegado Regional de Seguros, símbolo 5-C.

§ 3º Enquanto não for aprovado o Quadro de Pessoal da SUSEP, os ocupantes dos cargos referidos no parágrafo anterior continuarão no exercício de suas funções, sem prejuízo de seus vencimentos e vantagens.

Art 137. Os funcionários atualmente em exercício no DNSPC continuarão a integrar o Quadro de Pessoal do Ministério da Indústria e do Comércio, observadas, para efeito de lotação, as necessidades de serviço, e ressalvado o direito de opção dos Inspetores de Seguros de acordo com o parágrafo único do artigo 140.

Art 138. Poderá a SUSEP requisitar servidores da administração centralizada ou descentralizada sem prejuízo de vencimentos, direitos, gratificações e vantagens.

Art 139. Após a aprovação do quadro de pessoal da SUSEP será assegurado aos servidores requisitados o direito de opção no prazo de 90 dias, pelo regime de pessoal da autarquia ou retorno ao órgão de origem.

Parágrafo único. As disposições do presente artigo são aplicáveis aos atuais ocupantes dos cargos de inspetor de seguros.

Art 140. As dotações consignadas no Orçamento da União, para o exercício de 1967, à conta do DNSPC, serão transferidas para a SUSEP excluídas as relativas às despesas decorrentes de vencimentos e vantagens de Pessoal Permanente.

Art 141. Fica dissolvida a Companhia Nacional de Seguro Agrícola, competindo ao Ministério da Agricultura promover sua liquidação e aproveitamento de seu pessoal.

Art 142. Ficam incorporadas ao Fundo de Estabilidade do Seguro Rural:

a) Fundo de Estabilidade do seguro Agrário, a que se refere o artigo 8º da Lei 2.168, de 11 de janeiro de 1964;

b) O Fundo de Estabilização previsto no artigo 3º da Lei nº 4.430, de 20 de outubro de 1964.

Art 143. Os órgãos do Poder Público que operam em seguros privados enquadrarão suas atividades ao regime deste Decreto-Lei no prazo de cento e oitenta dias, ficando autorizados a constituir a necessária Sociedade Anônima ou Cooperativa.

§ 1º As Associações de Classe, de Beneficência e de Socorros mútuos e os Montepios que instituem pensões ou pecúlios, atualmente em funcionamento, ficam excluídos do regime estabelecido neste Decreto-Lei, facultado ao CNSP mandar fiscalizá-los se e quando julgar conveniente.

§ 2º As Sociedades Seguradoras estrangeiras que operam no País, adaptarão suas organizações às novas exigências legais, no prazo deste artigo e nas condições determinadas pelo CNSP.

Art 144. O CNSP proporá ao Poder Executivo no prazo de cento e oitenta dias, as normas de regulamentação dos seguros obrigatórios previstos no artigo 20 deste Decreto-Lei.

Art 145. Até a instalação do CNSP e da SUSEP, será mantida a jurisdição e a competência do DNSPC, conservadas em vigor as disposições legais e regulamentares, inclusive as baixadas pelo IRB, no que fôrem cabíveis.

Art 146. O Poder Executivo fica autorizado a abrir o crédito especial de Cr\$500.000.000 (quinhentos milhões de cruzeiros), no exercício de 1967, destinado à instalação do CNSP e da SUSEP.

Art 147. A fiscalização da gestão financeira e administrativa das Sociedades que operam em capitalização passa à jurisdição do Banco Central da República do Brasil.

Art 148. As resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados vigorarão imediatamente e serão publicadas no Diário Oficial da União.

Art 149. O Poder Executivo regulamentará este Decreto-Lei no prazo de 120 dias (cento e vinte dias), vigendo idêntico prazo para a aprovação do Regulamento da SUSEP e dos Estatutos do IRB.

Art 150. A liquidação compulsória das Sociedades de Capitalização prevista nos artigos 24 e seguintes do Decreto nº 22.456, de 10 de fevereiro de 1933, será promovida por um liquidante investido de todos os poderes contidos no artigo 32 do mencionado Decreto e de livre nomeação e demissão do Ministro da Fazenda.

Art 151. Para eleito do artigo precedente ficam suprimidos os cargos e funções de Delegado do Governo Federal e de liquidante designado pela sociedade, a que se referem os artigos 24 e 25 do Decreto nº 22.456, de 10 de fevereiro de 1933, ressalvadas as liquidações decretadas até dezembro de 1965.

Art 152. O risco de acidente de trabalho continua a ser regido pela legislação específica, devendo ser objeto de nova legislação dentro de 90 dias.

Art 153. Este Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas expressamente todas as disposições de leis, decretos e regulamentos que dispuserem em sentido contrário.

Brasília, 21 de novembro de 1966; 145º da Independência e 78º da República.

H. CASTELLO BRANCO  
*Eduardo Lopes Rodrigues*  
*Severo Fagundes Gomes*  
*L. G. do Nascimento e Silva*  
*Raymundo de Britto*  
*Paulo Egydio Martins*  
*Roberto Campos*