



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

PROJETO DE LEI

01 - PL
01-00542/2013

Torna obrigatória a inclusão de tratamento para obesidade e obesidade mórbida nos Planos de Saúde e Seguros Saúde, oferecidos no Município de São Paulo e dá outras providências.

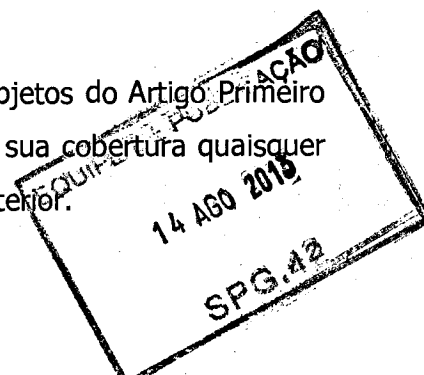
A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º - Torna-se obrigatória a inclusão de tratamento aos portadores de obesidade e obesidade mórbida nos Planos de Saúde e Seguros Saúde oferecidos no Município de São Paulo.

Parágrafo 1º - O tratamento deverá incluir consultas com especialistas da área, orientação nutricional, acompanhamento psicológico e psiquiátrico, e nos casos do diagnóstico de obesidade mórbida em que são descartadas todas as possibilidades de contraindicações ou riscos, intervenção cirúrgica bariátrica através das técnicas consagradas pela moderna medicina, com posterior intervenção cirúrgica plástica corretiva, obedecidas as carências contratuais.

Parágrafo 2º - Estão sujeitas ao "caput" do presente Artigo todas as empresas do ramo que atuam no Município, inclusive as empresas privadas e órgãos públicos que mantêm convênios com seus funcionários.

Art. 2º - Os contratos firmados no Município de São Paulo, objetos do Artigo Primeiro da presente lei, não poderão conter cláusulas que retirem de sua cobertura quaisquer dos tratamentos elencados no parágrafo primeiro do artigo anterior.



Segue(m) juntado(s), nesta data,
documentos juntado(s) sob nº
2 a 8 de informação
sob nº 9. 15.8.13
Ass: Adelina Ciccone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

Art. 3º - Aos infratores da presente lei caberão duas notificações, sendo que na terceira notificação será aplicada multa no valor de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais) e em Caso de reincidência, o mesmo será impedido de atuar nesta Capital mediante a cassação do Alvará de Licença de Localização e Funcionamento.

Parágrafo Único – O valor da penalidade de multa a que se refere o caput deste Artigo será atualizado, em 1º de Janeiro de cada exercício, pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, acumulada no exercício anterior.

Art. 4º - Será dada ciência da presente lei nos órgãos que atuam na Defesa do Consumidor.

Art. 5º - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 60 (sessenta) dias a contar de sua publicação.

Art. 6º - As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

São Paulo, 12 de agosto 2013


VEREADOR GEORGE HATO



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

Justificativa

Tanto as empresas que oferecem Planos de Saúde quanto as que oferecem Seguros Saúde possuem em seus contratos cláusulas que retiram da área de cobertura alguns tipos de cirurgias tituladas por elas como "cirurgias estéticas". Dentre elas encontra-se as cirurgias bariátricas. Ocorre que tal cirurgia não consiste em procedimento estético. Com mais de 50 anos de existência este tipo de cirurgia é hoje uma sub-especialidade da cirurgia geral e acumula dezenas de técnicas diferentes destinadas ao grande obeso. É o único método cientificamente comprovado que promove a perda de peso de forma definitiva, reduzindo as taxas de mortalidade por evitar uma série de doenças associadas à obesidade grave.

Tais cláusulas que contêm semelhante abusividade têm sido reiteradamente consideradas nulas de pleno direito (Art. 51 do Código de Defesa do Consumidor) por nossos Tribunais, quando a cirurgia bariátrica constitui a única forma de tratamento para patologia que compromete a saúde do segurado e que pode levá-lo à morte, caso não seja tratada.

Nesse sentido, vale mencionar trechos de julgados dos nossos tribunais:

"OBESIDADE MÓRBIDA RECONHECIDA, COM EVIDENTE RISCO À SAÚDE DA PARTE AGRAVADA, PRESCRITA POR MÉDICO CONVENIADO DA AGRAVANTE - CIRURGIA REDUTORA DO ESTÔMAGO QUE NÃO TEM FINS ESTÉTICOS, MAS NECESSÁRIA PARA OS FINS PROPOSTOS, DIANTE DA PROVA INEQUÍVOCA ACOSTADA - Pedido



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

verossímil. Abusividade na negativa. Tutela antecipada, pelo imediato custeio dos procedimentos, regularmente deferida. Inúmeros recedentes jurisprudenciais, inclusive desta corte. Agravo à unanimidade improvido."(T JPE - AI 72845-8 - Rel. Des. Antônio Camarotti - DJPE 29.01.2003)

"MEDIDA CAUTELAR - Plano de saúde e provimento cautelar (art. 798 do CPC). Dada a necessidade de cirurgia indicada para caso de obesidade mórbida ("gastrologia redutora"), cumpre deferir liminar de custeio financeiro da providência médica, independente de não estar tal espécie cirúrgica oficialmente aprovada pela comunidade médica brasileira, sob pena de se negar a função social do contrato, que, para cumprir sua missão institucional, contém cláusula aberta receptiva das atualidades médicas. Interpretação pró-aderente (art. 47 da Lei nº 8.078/90)." (T JSP - AI 233.379-4/8 -3ª CDPriv. – Rel. Des. Ênio Santarelli Zuliani - J. 26.02.2002)

"PLANO DE SAÚDE - OBESIDADE MÓRBIDA -CIRURGIA PARA COLOCAÇÃO DA BANDA GÁSTRICA AJUSTÁVEL - NEGATIVA DE COBERTURA POR EXCLUÍDO DO PLANO O TRATAMENTO DE EMAGRECIMENTO - DANOS MORAIS NÃO ERIFICADOS – O tratamento da obesidade mórbida não se ajusta ao conceito de tratamento de emagrecimento previsto no contrato, excluído da cobertura, mas de cirurgia



Folha nº 05 do proc. fls. 5
Nº 01.542 do 13

Adelina Ciccone - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

para o tratamento de patologia que compromete a saúde da pessoa na sua ampla conceituação, especialmente quando comprovado por laudo médico, não contestado, que órgãos vitais já se encontram seriamente comprometidos, verificando-se a necessidade da cirurgia para evitar a dramática redução da expectativa e qualidade de vida e quando se trata de moléstia há mais de cinco anos oficialmente reconhecida e catalogada na listagem da Associação Médica Brasileira. Não gera danos morais a recusa da seguradora de prestar a cobertura securitária quando exclusão ou não depende de interpretação do contrato firmado. Apelo provido em parte. Ação parcialmente procedente." (TJRS - AC 70003179041 - 5ª C.Cív. - Rel. Des. Marco Aurélio dos Santos Caminha - J. 08.08.2002)

"AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE FORNECIMENTO DE SERVIÇO - TUTELA ANTECIPADA - 1) Cirurgia de redução de peso. Urgência. Risco de morte. Obesidade mórbida. Limitação da cobertura de doenças graves. Nulidade. Princípio da boa-fé. 2) Limitação de cobertura. Cláusula imprecisa e vaga. Art. 54 do CDC. 3) Não opção por novo plano. Restrição a procedimentos. Cláusula abusiva. Portaria 3/99, da Secretaria de Direito Econômico. Recurso improvido. 1. A limitação de cobertura de doença graves, tal como a que acomete a agravada (obesidade mórbida), é

Folha nº 06 do processo
Nº 01.542 de 13Adelina Cicone - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

nula de pleno direito, vez que frustra expectativas legítimas do consumidor de ter a prestação dos serviços contratados, restringindo direitos iminentes à própria natureza e objetivos do contrato, bem como, por violação ao princípio da boa-fé. 2. Ainda que se argumente que as seguradoras de planos de saúde possam limitar a cobertura a determinadas doenças, a cláusula que impõe a negativa de cobertura para tratamentos e cirurgias experimentais seria nula, eis que não dá ao consumidor exata compreensão da referida restrição, sendo imprecisa e vaga, conforme os parágrafos 3º e 4º, do art. 54, do CDC. 3. Afasta-se o argumento de que pelo fato de a agravada não ter optado por um novo plano de saúde, após a Lei nº 9.655/98, não faria jus à cobertura pleiteada, isso porque a referida Lei não impôs a mudança de plano, pelo contrário, deu liberdade para o consumidor escolher o plano que melhor lhe conviesse. Cabe salientar também, que a Portaria nº 3/99, da Secretaria de Direito Econômico, vinculada ao Ministério da Justiça, aditou novas cláusulas ao rol inserto no art. 51, do CDC, determina agravo de instrumento nº 011019000956 de serem abusivas, as cláusulas que imponham, em contratos de planos de saúde firmados anteriormente à Lei nº 9656/98, limites ou restrições a procedimentos médicos contrariando prescrição médica. Recurso improvido. (T JES - AI 011019000956 - 3a C.Cív. - Rel. Des. Rômulo Taddei -J. 02.04.2002)



Folha nº 07 do proc fls. 7

Nº 01.542 de 13

Adelina Cicono - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

"PROCESSUAL CIVIL - AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO CAUTELAR INOMINADA - PLANO DE SAÚDE - CIRURGIA NÃO VEDADA EXPRESSAMENTE PELO CONTRATO - FUMUS BONI IURIS E PERICULUM IN MORA PRESENTES - RECURSO DESPROVIDO - I- Há fumus boni iuris e periculum in mora na pretensão cautelar que visa à obtenção urgente de autorização para intervenção cirúrgica de redução do estômago, diante do quadro de obesidade mórbida da paciente e em razão do contrato não vedar expressamente o procedimento almejado, que não se confunde com cirurgias com cirurgias meramente estéticas. II – Recurso desprovido." (T JES - AI 011009000859 - 2ª C.Cív. - Rel. Des. Álvaro Manoel Rosindo Bourguignon - J. 02.04.2002)

Ocorre que para ter acesso ao referido tratamento, nossos munícipes tem tido que recorrer às instâncias judiciárias, postergando e agravando ainda mais a situação daqueles que necessitam de tal tratamento. Compete ao Município nas formas dos Artigos 160 e 165 de sua Lei Orgânica legislar sobre as atividades econômicas desenvolvidas em seu território, bem como a defesa dos direitos do consumidor, respectivamente. Assim, dando cumprimento ao poder de lei instituído às esferas municipais, que sejam as empresas que comercializem planos de saúde e seguros saúde no município, obrigadas a cumprir o que prevê a presente propositura.

Cumpre lembrar que o número de pessoas obesas no Brasil mais do que dobrou em três décadas, chegando ao número de 38,8 milhões de adultos, isto sem



Folha nº 08	do proc. fls. 8
Nº 01.542	de 13

Adelina Ciconio - Ass. Parlamentar
RF. 100.406

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16ª GV - Gabinete do Vereador George Hato

contarmos os jovens e as crianças, futuras vítimas das doenças provenientes da obesidade, como hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e derrames cerebrais e que também apresentaram aumento significativo do número de obesos, principalmente entre as meninas.

É alta a mortalidade no Brasil e no mundo com doenças provenientes da obesidade, que se tornou um dos maiores problemas de saúde deste novo milênio, acometendo quase um terço da população mundial. Somente na América Latina, estima-se em cerca de 200.000 mortes anualmente em decorrência das complicações da obesidade. Dados recentes mostram que o Brasil já ocupa o sexto lugar no ranking dos países com maior número de obesos, atrás apenas dos Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, Itália e França. Apesar de toda sua importância, poucas patologias tem sido tão sub-valorizadas quanto esta.

Assim, de extrema necessidade a utilização de tais ferramentas no combate as ocorrências policiais, restando clara a necessidade de aprovação do presente projeto.

São Paulo, 12 de agosto de 2013


VEREADOR GEORGE HATO



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 09

do processo nº01 - 542 de 2013,15, 8, 13 (a) 20

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

LIDO HOJE
14 AGO 2013
ÀS COMISSÕES DE:
<u>Const. Just. e Leg. Participativa</u>
<u>Trans. Transp. Af. Econ. Tur. Jogos</u>
<u>e Gastronomia</u>
<u>Saúde, Prom. Social, Trab. e Mulher</u>
<u>Fin. e Orçamento</u>
PRESIDENTE

MARCO AURÉLIO CUNHA

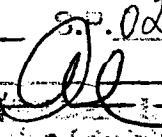
À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das Proposituras
Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

16/08/2013
Jader Augusto Pimenta
Supervisor – SGP.22

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	
SETOR DE PESQUISA E ACESSORIA DE ANÁLISE PRÉVIA DAS PROPOSITURAS	
EM <u>16/08/2013</u> AS <u>17:26</u> hs	
POR <u>M. Z. José</u>	
SAÍDA: <u>02/9/13</u> AS: <u>16:30</u> h	ASS.: <u>Al</u>

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Seguem juntado(s) o(s) documento(s) de
fls. 10 / 24 s. 02109.13


Técnico Administrativo
RF 11.138



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 0542/13

Realizada a pesquisa no APL (Banco de Dados da Câmara Municipal de São Paulo), e no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislacao, a respeito do assunto foi localizado:

- Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde;
- Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Resolução Normativa da ANS nº 211, de 11 de janeiro de 2010, que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde;
- Resolução Normativa da ANS nº 262, de 1º de agosto de 2011, que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde previsto na resolução nº 211/10, com seus anexos;
- Portaria Federal do Ministério da Saúde nº 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas;
- Lei Municipal nº 11.684, de 17 de novembro de 1994, que dispõe sobre ressarcimento à Prefeitura Municipal de São Paulo das despesas com segurados de qualquer empresa privada prestadora de serviços de assistência médica ou de administradoras de plano de saúde, quando atendidos em unidades de saúde da Rede Municipal de São Paulo;
- Decreto Municipal nº 50.142, de 23 de outubro de 2008, que cria, na Secretaria Municipal da Saúde, a Assessoria de Acompanhamento e Integração do Setor de Saúde Suplementar;
- PL 600/2005, que dispõe sobre normas de atendimento de planos de saúde em funcionamento no Município de São Paulo, e dá outras providências;
- PL 642/2006, que institui nos serviços hospitalares da rede pública de saúde do Município tratamento para obesidade e obesidade mórbida, e dá outras providências;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

- PL 203/2010, que fixa diretrizes para o credenciamento de operadoras de planos de saúde na prestação de serviços médicos e hospitalares aos servidores públicos municipais, e dá outras providências;
- PL 274/2012, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos restaurantes, bares e estabelecimentos congêneres em disponibilizar meia porção ou refeição para aqueles que comprovadamente foram submetidos à Cirurgia Bariátrica ou Gastroplastia, bem como cobrar valor igual ou inferior a 50% (cinquenta por cento) do total, nos estabelecimentos que especifica, e dá outras providências;
- Resolução Normativa da ANS nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, e dá outras providências.

Cópia(s) do(s) texto(s) acima indicado(s) acompanha(m) a presente informação.

À Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, conforme despacho do Sr. Presidente de fls. 09.

São Paulo, 29 de agosto de 2013.

Christiana Samara Chebib
Procuradora do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 244.472

Marcella Falbo Giacaglia
Procuradora Supervisora do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 111.393



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998.

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar

autuado em 30/09/2015 00:00:00

do capital, ou do aumento de capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) [S. 13]

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

Art. 2º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 4º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 5º Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 7º A Câmara de Saúde Suplementar é composta dos seguintes membros: (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

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

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

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

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

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

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

§ 1º São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização de encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Matéria PL 547/2013 - Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
Alesandra Cabral
11.11.156

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias, para as administradoras de planos de assistência à saúde, e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

X - casos de cataclismos, guerras e comições internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (Incluído pela Lei nº 10.223, de 2001)

Art. 10-B. Cabe às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, por meio de rede própria, credenciada, contratada ou referenciada, ou mediante reembolso, fornecer bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector, para uso hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade. (Incluído pela Lei nº 12.738, de 2012) (Vigência)

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

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

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Assinado eletronicamente
RE 1136

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

III - quando incluir atendimento obstétrico:

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

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

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

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

c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A partir de 3º de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a recontagem de carências; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de intimação do titular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vide Lei nº 12.764, de 2012)

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, há mais de dez anos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - o regime, ou tipo de contratação; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) individual ou familiar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Não é possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611
 612
 613
 614
 615
 616
 617
 618
 619
 620
 621
 622
 623
 624
 625
 626
 627
 628
 629
 630
 631
 632
 633
 634
 635
 636
 637
 638
 639
 640
 641
 642
 643
 644
 645
 646
 647
 648
 649
 650
 651
 652
 653
 654
 655
 656
 657
 658
 659
 660
 661
 662
 663
 664
 665
 666
 667
 668
 669
 670
 671
 672
 673
 674
 675
 676
 677
 678
 679
 680
 681
 682
 683
 684
 685
 686
 687
 688
 689
 690
 691
 692
 693
 694
 695
 696
 697
 698
 699
 700
 701
 702
 703
 704
 705
 706
 707
 708
 709
 710
 711
 712
 713
 714
 715
 716
 717
 718
 719
 720
 721
 722
 723
 724
 725
 726
 727
 728
 729
 730
 731
 732
 733
 734
 735
 736
 737
 738
 739
 740
 741
 742
 743
 744
 745
 746
 747
 748
 749
 750
 751
 752
 753
 754
 755
 756
 757
 758
 759
 760
 761
 762
 763
 764
 765
 766
 767
 768
 769
 770
 771
 772
 773
 774
 775
 776
 777
 778
 779
 780
 781
 782
 783
 784
 785
 786
 787
 788
 789
 790
 791
 792
 793
 794
 795
 796
 797
 798
 799
 800
 801
 802
 803
 804
 805
 806
 807
 808
 809
 810
 811
 812
 813
 814
 815
 816
 817
 818
 819
 820
 821
 822
 823
 824
 825
 826
 827
 828
 829
 830
 831
 832
 833
 834
 835
 836
 837
 838
 839
 840
 841
 842
 843
 844
 845
 846
 847
 848
 849
 850
 851
 852
 853
 854
 855
 856
 857
 858
 859
 860
 861
 862
 863
 864
 865
 866
 867
 868
 869
 870
 871
 872
 873
 874
 875
 876
 877
 878
 879
 880
 881
 882
 883
 884
 885
 886
 887
 888
 889
 890
 891
 892
 893
 894
 895
 896
 897
 898
 899
 900
 901
 902
 903
 904
 905
 906
 907
 908
 909
 910
 911
 912
 913
 914
 915
 916
 917
 918
 919
 920
 921
 922
 923
 924
 925
 926
 927
 928
 929
 930
 931
 932
 933
 934
 935
 936
 937
 938
 939
 940
 941
 942
 943
 944
 945
 946
 947
 948
 949
 950
 951
 952
 953
 954
 955
 956
 957
 958
 959
 960
 961
 962
 963
 964
 965
 966
 967
 968
 969
 970
 971
 972
 973
 974
 975
 976
 977
 978
 979
 980
 981
 982
 983
 984
 985
 986
 987
 988
 989
 990
 991
 992
 993
 994
 995
 996
 997
 998
 999
 1000
 1001
 1002
 1003
 1004
 1005
 1006
 1007
 1008
 1009
 1010
 1011
 1012
 1013
 1014
 1015
 1016
 1017
 1018
 1019
 1020
 1021
 1022
 1023
 1024
 1025
 1026
 1027
 1028
 1029
 1030
 1031
 1032
 1033
 1034
 1035
 1036
 1037
 1038
 1039
 1040
 1041
 1042
 1043
 1044
 1045
 1046
 1047
 1048
 1049
 1050
 1051
 1052
 1053
 1054
 1055
 1056
 1057
 1058
 1059
 1060
 1061
 1062
 1063
 1064
 1065
 1066
 1067
 1068
 1069
 1070
 1071
 1072
 1073
 1074
 1075
 1076
 1077
 1078
 1079
 1080
 1081
 1082
 1083
 1084
 1085
 1086
 1087
 1088
 1089
 1090
 1091
 1092
 1093
 1094
 1095
 1096
 1097
 1098
 1099
 1100
 1101
 1102
 1103
 1104
 1105
 1106
 1107
 1108
 1109
 1110
 1111
 1112
 1113
 1114
 1115
 1116
 1117
 1118
 1119
 1120
 1121
 1122
 1123
 1124
 1125
 1126
 1127
 1128
 1129
 1130
 1131
 1132
 1133
 1134
 113

b) coletivo empresarial; ou (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) coletivo por adesão; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

X - a área geográfica de abrangência; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

XII - número de registro na ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º É facultada a substituição de entidade hospitalar, a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à ANS com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Excetua-se do previsto no § 2º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - nome da entidade a ser excluída; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º

desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

fls. 16

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, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - nome fantasia; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - CNPJ; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - endereço; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - telefone, fax e e-mail; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - razão social da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - CNPJ da operadora ou da administradora; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nome do produto; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetria, hospitalar sem obstetria, odontológica e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Matéria em análise para possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Assinatura: [Assinatura]

V - tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VI - âmbito geográfico de cobertura; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VII - faixas etárias e respectivos preços; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

VIII - rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IX - rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

X - outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 20. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei são obrigadas a fornecer, periodicamente, à ANS todas as informações e estatísticas relativas às suas atividades, incluídas as de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os agentes, especialmente designados pela ANS, para o exercício das atividades de fiscalização e nos limites por ela estabelecidos, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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 I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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, publicadas anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. S. 17

§ 1º A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo diretrizes gerais definidas pelo CONSU. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência ou insolvência civil, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º À vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens e imóveis da massa liquidanda. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficar suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

Matéria PLE 132/2013. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Assessoria Jurídica
Nº 132/2013
13/09/2013

Art. 24. Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei a insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal ou técnico, e do liquidante, por dirigentes, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, por decisão da ANS, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique eleito suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores, e proporá à ANS as medidas cabíveis. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O diretor-fiscal ou técnico poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-A. Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

liquidação extrajudicial. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-C. Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 24-D. Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei nº 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei nº 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei nº 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde, sujeitam a operadora dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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.

VI - cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 28. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o ato de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à ANS dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Assinado eletronicamente pelo(a) Diretor(a) Presidente da ANS
RFB nº 11.111.111
Data: 30/09/2015 00:00:00

2001)

§ 1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - obrigações do compromissário de fazer cessar a prática objeto da apuração, no prazo estabelecido; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou da prestadora de serviço. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 29-A. A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

§ 3º O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) 19

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

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

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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 dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. (Redação dada pela Lei nº 12.459, de 2011)

Extrair as assinaturas de informações do arquivo migrado do ECM.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o 15º (décimo quinto) dia da data de recebimento da notificação de cobrança feita pela ANS. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - multa de mora de dez por cento. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º A ANS disciplinará o processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo, cabendo-lhe, inclusive, estabelecer procedimentos para cobrança dos valores a serem ressarcidos. (Redação dada pela Lei nº 12.469, de 2011)

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 9º Os valores a que se referem os §§ 3º e 6º deste artigo não serão computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde nos termos da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 12.469, de 2011)

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

Art. 34. As pessoas jurídicas que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º As pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 8º A ANS definirá em norma própria os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: (Vigência) (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - aprovar o contrato de gestão da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) aspectos econômico-financeiros; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência) (composição: vide Dec. 4.044, de 6.12.2001)

Alessandro Azeiteiro
RF nº 13

Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

I - Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - da Saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - da Fazenda; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - da Justiça; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - do Planejamento, Orçamento e Gestão. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 4º O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 5º O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

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; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Redação dada pela Lei nº 11.935, de 2009)

III - de planejamento familiar. (Incluído pela Lei nº 11.935, de 2009)

Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) (Vigência)

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-H. Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-I. Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 35-J. O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações da operadora às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais. *(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

Art. 35-L. Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo. *(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS. *(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

Art. 35-M. As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei nº 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores. *(Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)*

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornêlas

José Serra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 4.6.1998

Alessandra
RF. 41.136

folha 21
Não é possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

Regulamento da MP 2.012-2, de 30.12.99

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

Conversão da MPv nº 2.012-2, de 2000

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;

autuado em 30/09/2015 00:00:00.

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

fls. 23

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

~~XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;~~

~~XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

~~XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência, sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;~~

~~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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)~~

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

Folha 23
Processo nº 01.054.13
Assinado eletronicamente
em 30/09/2015 às 00:00:00
por [assinatura]
RF. 136

abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização de funcionamento;

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

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; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) conteúdos e modelos assistenciais; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) direção fiscal ou técnica; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) liquidação extrajudicial; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

fls. 24

f) normas de aplicação de penalidades; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de cinco mil Ufr, 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.

§ 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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, "I", 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;

possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Proff. Nº 01.854/93
Nº 02.102/93
Nº 03.102/93
Nº 04.102/93
Nº 05.102/93
Nº 06.102/93
Nº 07.102/93
Nº 08.102/93
Nº 09.102/93
Nº 10.102/93
Nº 11.102/93
Nº 12.102/93
Nº 13.102/93
Nº 14.102/93
Nº 15.102/93
Nº 16.102/93
Nº 17.102/93
Nº 18.102/93
Nº 19.102/93
Nº 20.102/93
Nº 21.102/93
Nº 22.102/93
Nº 23.102/93
Nº 24.102/93
Nº 25.102/93
Nº 26.102/93
Nº 27.102/93
Nº 28.102/93
Nº 29.102/93
Nº 30.102/93
Nº 31.102/93
Nº 32.102/93
Nº 33.102/93
Nº 34.102/93
Nº 35.102/93
Nº 36.102/93
Nº 37.102/93
Nº 38.102/93
Nº 39.102/93
Nº 40.102/93
Nº 41.102/93
Nº 42.102/93
Nº 43.102/93
Nº 44.102/93
Nº 45.102/93
Nº 46.102/93
Nº 47.102/93
Nº 48.102/93
Nº 49.102/93
Nº 50.102/93
Nº 51.102/93
Nº 52.102/93
Nº 53.102/93
Nº 54.102/93
Nº 55.102/93
Nº 56.102/93
Nº 57.102/93
Nº 58.102/93
Nº 59.102/93
Nº 60.102/93
Nº 61.102/93
Nº 62.102/93
Nº 63.102/93
Nº 64.102/93
Nº 65.102/93
Nº 66.102/93
Nº 67.102/93
Nº 68.102/93
Nº 69.102/93
Nº 70.102/93
Nº 71.102/93
Nº 72.102/93
Nº 73.102/93
Nº 74.102/93
Nº 75.102/93
Nº 76.102/93
Nº 77.102/93
Nº 78.102/93
Nº 79.102/93
Nº 80.102/93
Nº 81.102/93
Nº 82.102/93
Nº 83.102/93
Nº 84.102/93
Nº 85.102/93
Nº 86.102/93
Nº 87.102/93
Nº 88.102/93
Nº 89.102/93
Nº 90.102/93
Nº 91.102/93
Nº 92.102/93
Nº 93.102/93
Nº 94.102/93
Nº 95.102/93
Nº 96.102/93
Nº 97.102/93
Nº 98.102/93
Nº 99.102/93
Nº 100.102/93

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;~~

~~§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores da Agência caberá recurso à Diretoria Colegiada;~~

§ 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Revogado pela Lei nº 9.986, de 18.7.2000)

~~§ 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 incompatível 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;

94
PROC. Nº 01.054.1993
Alessandro Cabral
RF. 11.136

- 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; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

q) Associação Médica Brasileira; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- c) do segmento de auto-gestão de assistência à saúde;
- d) das empresas de medicina de grupo;
- e) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;

a) do segmento de autogestão de assistência à saúde; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) das empresas de medicina de grupo; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

d) das empresas de odontologia de grupo; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

f) das empresas de odontologia de grupo;

g) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

h) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

a) de defesa do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

§ 2º As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante e respectivo suplente na Câmara de Saúde Suplementar.

§ 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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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 organizações 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;

- folha 26
Não é possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
Assinado eletronicamente por: Alissandra Tabaki
RF. 11136

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, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;

II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§ 3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam consequências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus 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 despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinquenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela

Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;

II - multa de mora de 10% (dez por cento).

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

§ 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. (Renumerado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 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. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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. (Revogado pela Lei nº 9.086, de 18.7.2000)

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

Folha 26
Não é possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

que trata
cargo em
com juros e
visória n.
de 1993,
gestão, as
Agências
Lei poderá
Jurídica,
processos
à União
este petição
imação da
anecerá no
do
da
Assessoria
RF 11.136

ANEXO I
(Revogado pela Lei nº 9.986, de 18.7.2000)

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

UNIDADE	Nº DE CARGOS	DENOMINAÇÃO	NE/DAS
Diretoria Colegiada	5	Diretor	NE
	5	Diretor-Auxiliar	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

CÓDIGO/CCSS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
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	555,00	8.880,00
CCSS-I	35	518,00	18.130,00
TOTAL	170		135.508,00

ANEXO II

TABELA I

DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO

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

TABELA II

DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-ODONTOLÓGICA OFERECIDA

Cobertura	Desconto (%)
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

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados - Produto	500,00
Alteração de Dados - Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00



**RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE
JANEIRO DE 2010
(Texto Compilado)**

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

Anexos da RN nº 211 - Com as Alterações da RN nº 262: ~~[Anexo I]~~ ~~[Anexo II]~~ ~~[Anexo III]~~

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o §4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**Seção I
Do Objeto**

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de

1999, e os procedimentos adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 01/08/2011)

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade - PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 01/08/2011)

Art. 2º Esta Resolução é composta por três Anexos: (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 01/08/2011)

I - o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 01/08/2011)

II - o Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT; e (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 01/08/2011)

III - o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo I. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 01/08/2011)

**Seção II
Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar**

Art. 3º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e

V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações

Alessandra
RF. 12.136

fls. 31

Matéria nº 342/2013 - N.º 1006 extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

III- (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Art. 9º A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 10 Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Art. 12 O atendimento deve ser assegurado¹⁴ independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Art. 13 Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Art. 14 Os contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

§1º Para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde, entende-se como cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde. (Acrescentado pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais. (Acrescentado pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, inclusive medicação de uso oral domiciliar. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Art. 15-A. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada. (Acrescentado pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Subseção I Do Plano-Referência

Art. 16 A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que: (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO; ou (Redação dada pelo art. 2º da RN

Matéria Pl. 11/136
Alessandra Assari
11/136
31

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label); (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização, por meio de injeções de espermatozoides intracitoplasmáticas, transferência intratubária de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;

VII - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

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

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; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§1º (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que

substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

fls. 33

§3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Redação inserida pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Subseção II Do Plano Ambulatorial

Art. 17 O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 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 unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

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

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

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

IV - cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por

psicólogo como por médico devidamente habilitados; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

VI - cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;

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

X - cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

XI - cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;

XII - cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

XIII - cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

XIV - cobertura de hemoterapia ambulatorial; e

XV - cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução. (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

§1º Para fins da cobertura prevista no inciso XI, definem-se adjuvantes como

medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§2º Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações.

Subseção III Do Plano Hospitalar

Art. 18 O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - quando houver previsão de mecanismo financeiro de regulação disposto em contrato para internações hospitalares, o referido mecanismo aplica-se para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

a) (**Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

b) (**Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

III - cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, dos procedimentos a eles vinculados, incluindo: (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor; (**Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011**)

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

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

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI - cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos: (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

b) idosos a partir de 60 anos de idade; e (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

c) pessoas portadoras de deficiências. (~~Redação inserida pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

IX - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

X - ~~cobertura~~ obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar: (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 17, inciso XI, desta Resolução;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

d) hemoterapia;

e) nutrição parenteral ou enteral;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa; (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

h) radiologia intervencionista;

i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa; e (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção. (~~Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011~~)

§1º Para fins do disposto no inciso III deste artigo, entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatorio, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

§2º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa; (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 3º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras: (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§4º (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

f- (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

ff - (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 5º Para fins do disposto no inciso II deste artigo, é permitida a fixação de co-participação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

(Acrescido pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Subseção IV Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 19 O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011) +-1

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011) +-1

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011) +-1

§1º (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Subseção V Do Plano Odontológico

Art. 20. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais

odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no **Anexo I** para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.
(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema.
(Acréscido pelo art. 3º da RN nº 262, de 02/08/2011)

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisto periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Art. 22 (Revogado pelo art. 6º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Art. 23. Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).
(Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

Art. 24 Ficam revogadas a RN nº 192, de 27 de maio de 2009, RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008, RN nº 154, de 5 de junho de 2007, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 11, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº 12, de 4 de novembro de 1998.

Art. 25 Esta resolução entra em vigor no dia 7 de junho de 2010.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO
Diretor – Presidente Substituto

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

36
Material para extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.
Nº 136
Assinatura de
Alessandra Rossi
RF. 14136

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 262, DE 1 DE AGOSTO DE 2011.

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

[Anexos da RN nº 262]

[Correlações] [Revogações]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o § 4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea "a" do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º Apresente Resolução Normativa - RN atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

Art. 2º Os seguintes dispositivos da Resolução Normativa - RN nº 211, de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade - PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica." (NR)

"Art. 2º Esta Resolução é composta por três Anexos:

I - o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II - o Anexo II apresenta as Diretrizes de Utilização - DUT; e

III - o Anexo III apresenta as Diretrizes Clínicas - DC que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo I." (NR)

"Art. 4º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656 de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista." (NR)

"Art. 6º Os eventos e procedimentos relacionados nesta RN e nos seus Anexos que necessitem de anestesia com ou sem a participação de profissional médico anesthesiologista terão sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica." (NR)

"Art. 7º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas nos Anexos desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

....." (NR)

"Art.

8º

§ 3º

I -

II - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado em que se encontre o receptor." (NR)

"Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, robótica, neuronavegação e escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada." (NR)

Parágrafo único. Todas as escopias listadas nos anexos têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens." (NR)

"Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, inclusive medicação de uso oral domiciliar." (NR)

"Art. 16.

§ 1º

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:

a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label);

§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 4º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). " (NR)

"Art.

17.

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados nos Anexos e nos artigos desta Resolução Normativa;

IV – cobertura de consulta ou sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa.

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido nos Anexos desta Resolução Normativa, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo I desta Resolução, para segmentação ambulatorial;

XII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;

XIII – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;

XV – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas nos Anexos desta Resolução.

....." (NR)

"Art.18.

II - quando houver previsão de mecanismo financeiro de regulação disposto em contrato para internações hospitalares, o referido mecanismo aplica-se para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas;

III – cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização estabelecidas no Anexo II desta Resolução;

IV - cobertura de transplantes listados nos Anexos desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos, as quais estão sob expensas da operadora de planos privados de assistência à saúde do beneficiário receptor;

VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados nos Anexos desta Resolução;

VII -cobertura das despesas, incluindo alimentação e acomodação, relativas ao acompanhante, salvo contra-indicação do médico ou cirurgião dentista assistente, nos seguintes casos:

a) crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) idosos a partir do 60 anos de idade; e

c) pessoas portadoras de deficiências.

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo I desta Resolução para as segmentações ambulatorial e hospitalar;

f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos nos Anexos desta Resolução Normativa;

40
Boi no
Proc. Nº 0542/118341
Alessandra Laeski
RF 1.136

g) embolizações listadas nos Anexos desta Resolução Normativa;

j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados nos Anexos desta Resolução Normativa; e

k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados nos Anexos, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 2º

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos nos Anexos desta Resolução Normativa;

III - em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

§ 3º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção, observadas as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência." (NR)

"Art. 19.

I - cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contra-indicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

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

III - opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 1º Revogado.

§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução." (NR)

"Art. 20. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

Sobre o artigo:

§ 2º Nas
hospitalar p
procediment
odontológico

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos
em Saúde, que constitui a referência básica

ndimento odontológico necessite de suporte
odontológicos e honorários referentes aos
ntológica deverão ser cobertos pelos planos

"Art. 23. Est para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 3º ARN fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

Proc. N.º 05571/MS-43
Alessandra Labzki
RF. 11.136

"Art. 14.
§ 1º Para fi mais de assistência à saúde, entende-se como co, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria nº 1339/GM do Ministério da Saúde.

§ 2º Salvo disposição contratual em contrário, exclui-se da cobertura obrigatória a ser garantida pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais."

"Art. 15-A. Os procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, contemplados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, que envolvam a colocação, inserção e/ou fixação de órteses, próteses ou outros materiais possuem cobertura igualmente assegurada de sua remoção e/ou retirada."

"Art. 18.

§ 5º Para fins do disposto no inciso II deste artigo, é permitida a fixação de co-participação, crescente ou não, no limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do valor contratualizado com o prestador, para as hipóteses de cobertura por internações psiquiátricas cujo prazo exceda a 30 (trinta) dias por ano de contrato.

"Art. 20.

§ 3º É obrigatória a cobertura dos atendimentos caracterizados como urgência e emergência, conforme normas específicas vigentes sobre o tema."

Art. 4º O Anexo da RN nº 211, de 2010, passa a vigorar conforme o Anexo I desta RN.

Art. 5º Os Anexos II e III desta RN passam a integrar a RN nº 211, de 2010.

Art. 6º Ficam **revogados** o inciso III do § 3º do art. 8º; o segundo § 1º do art. 16; as alíneas "a" e "b" do inciso II do art. 18 e o § 4º do artigo 18; o § 1º do art. 19; o artigo 22 da RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; e a Instrução Normativa da DIPRO nº 25, de 11 de janeiro de 2010.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor no dia 1º de janeiro de 2012.

MAURICIO CESCHIN
Diretor – Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no Diário Oficial.

ANEXOS

Correlações da RN nº 262:

Lei nº 9.656, de 1998

Portaria nº 1.339/GM do Ministério da Saúde, de 18/11/1999

Lei nº 9.961, de 2000

RN nº 211, de 2010

[Voltar]

A RN nº 262 REVOGARÁ (a partir de sua vigência em 1/1/2012):

- o inciso III do § 3º do art. 8º; o segundo § 1º do art. 16; as alíneas "a" e "b" do inciso II do art. 18 e o § 4º

do artigo 18; o § 1º do art. 19; o artigo 22 da ~~RN nº 211;~~
• ~~IN da DIPRO nº 25, de 11 de janeiro de 2010.~~

[Voltar]

42
Proc. Nº 01.0542.13
Alessandro Sabaki
RR 11.136

PROCEDIMENTO	SUBGRUPO	GRUPO	CAPÍTULO	OD	AMB	HCO	HSO	PAC	DUT
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM UNFADENECTOMIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTRECTOMIA COM OU SEM VAGOTOMIA/ COM OU SEM UNFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTRECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO JEJUNAL COM OU SEM VAGOTOMIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTRECTOMIA TOTAL OU PARCIALCOM OU SEM UNFADENECTOMIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTROENTEROANASTOMOSE	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU VIA LAPAROTÔMICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		DUT
GASTRORRAFIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTROSTOMIA CONFEÇÃO / FECHAMENTO	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
GASTROSTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
PILOROPLASTIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS VARIZES GÁSTRICAS	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
VAGOTOMIA (QUALQUER TIPO)	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GÁSTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	ESTÔMAGO	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
AMPUTAÇÃO ABDÔMINO-PERINEAL DO RETO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
AMPUTAÇÃO DO RETO POR PROCIDÊNCIA	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
ANORRETOMIOMECTOMIA	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
APENDICECTOMIA	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
ATRESIA INTESTINAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		
CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR	INTESTINOS	SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS			HCO	HSO		

Anexo II

- 1. ACILCARNITINAS – PERFIL QUANTITATIVO E/OU QUALITATIVO**
- 2. AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE**
- 3. BIÓPSIA PERCUTÂNEA A VÁCUO GUIADA POR RAIOS X OU ULTRASSONOGRAFIA - US (MAMOTOMIA)**
- 4. CIRURGIA REFRACTIVA - PRK OU LASIK**
- 5. CITOMEGALOVÍRUS – QUALITATIVO POR PCR**
- 6. CONSULTA/SESSÃO COM FONOAUDIÓLOGO**
- 7. CONSULTA COM NUTRICIONISTA**
- 8. CORDOTOMIA-MIELOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA**
- 9. DÍMERO-D**
- 10. ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO**
- 11. COLOBOMA - CORREÇÃO CIRÚRGICA**
- 12. GALACTOSE-1-FOSFATO URIDILTRANSFERASE**
- 13. HEPATITE B - TESTE QUANTITATIVO**
- 14. HEPATITE C - GENOTIPAGEM**
- 15. HIV, GENOTIPAGEM**
- 16. IMUNOFIXAÇÃO PARA PROTEÍNAS**
- 17. IMPLANTE COCLEAR**
- 18. IMPLANTE DE ELETRODOS E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA**
- 19. IMPLANTE DE ELETRODO E/OU GERADOR PARA ESTIMULAÇÃO MEDULAR**
- 20. IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBAS PARA INFUSÃO DE FÁRMACOS (INCLUI MEDICAMENTO)**
- 21. INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA**
- 22. MICROCIRURGIA A CÉU ABERTO POR RADIOFREQUÊNCIA DA ZONA DE ENTRADA DA RAIZ DORSAL (DREZOTOMIA - DREZ)**
- 23. MAMOGRAFIA DIGITAL**
- 24. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA**
- 25. PET-SCAN ONCOLÓGICO**
- 26. SUCCINIL ACETONA**
- 27. TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)**
- 28. TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA**

29. TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA
30. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA
31. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)
32. CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)
33. IMPLANTE DE CÁRDIO-DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL - CDI (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
34. IMPLANTE DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO (INCLUI ELETRODOS E GERADOR)
35. ANÁLISE MOLECULAR DE DNA
36. FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO
37. PESQUISA DE MICRODELEÇÕES/MICRODUPLICAÇÕES POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)
38. PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO
39. COLOCAÇÃO DE BANDA GÁSTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
40. DERMOLIPECTOMIA
41. GASTROPLASTIA (CIRURGIA BARIÁTRICA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA OU POR VIA LAPAROTÔMICA
42. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL
43. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO
44. APLICAÇÃO DE SELANTE
45. BIÓPSIA DE BOCA
46. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR
47. BIÓPSIA DE LÁBIO
48. BIÓPSIA DE LÍNGUA
49. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA
50. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA
51. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO
52. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA
53. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO

SAÚDE LEGIS

Sistema de Legislação da Saúde

Espelho da Norma

Origem: MS,GM
 Norma: PRT-424
 Letra:
 Data de Assinatura: 19/03/2013
 Situação: VIGENTE

Publicação						Boletim			
Tipo	Fonte	Seção	Data de Publ.	P.	Col.	Vol.	Nº	P.	Col.
PUB	DOFC	I	20/03/2013	23	2	0	0	0	0
REP	DOFC	I	28/05/2013	29	1	0	0	0	0
REP	DOFC	I	28/06/2013	55	1	0	0	0	0

Texto completo: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

Texto completo da Rep: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013_rep.html

Texto compilado: <http://>

Ementa: Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Observação:

Indexação: REDEFINIÇÃO, DIRETRIZES, ORGANIZAÇÃO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO, ATENÇÃO À SAÚDE, DOENÇA CRÔNICA.

Vide

Não foi encontrado nenhum registro.



[Visualizar impressão](#)

[Volta para o resultado da pesquisa](#)

[Nova Pesquisa](#)

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013

Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 719/GM/MS, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, precipuamente o que estabelece o parágrafo único de seu art. 1º, ao dispor que os critérios definidos para implantação e financiamento das linhas de cuidado prioritizadas e de cada um dos seus componentes devem ser regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 23/SVS/MS, de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal e capitais e Municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

Considerando a Resolução nº 1/CAISAN, de 30 de abril de 2012, que institui o I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011- 2022;

Considerando que a obesidade é uma condição crônica e um fator de risco para outras doenças e uma manifestação de insegurança alimentar e nutricional que acomete a população brasileira de forma crescente em todas

fases do curso da vida:

Considerando a necessidade de garantir nos serviços de saúde a infraestrutura, bem como o mobiliário e equipamentos adequados para o cuidado dos indivíduos com obesidade;

Considerando os referenciais dos Cadernos de Atenção Básica, do Guia Alimentar para a população brasileira, dos materiais de apoio do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola para fortalecimento da promoção à saúde e da prevenção do sobrepeso e da obesidade e qualificação do cuidado desses usuários no âmbito do SUS; e

Considerando a necessidade de ações de promoção e proteção da alimentação adequada e saudável que incluem a educação alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade nutricional, o controle e a regulação de alimentos, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Art. 2º A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes:

I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX- garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X- garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Art. 3º Para os fins desta Portaria, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos.

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento.

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC ≥ 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em:

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC ³ 30 kg/m² e < 35 kg/m²;

II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC ≥ 35 kg/m² e < 40 kg/m²; e

III - Grau III: Indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 kg/m².

Art. 4º Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições:

I - Componente Atenção Básica:

a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável;

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades ou IMC ≥ 40 kg/m²;

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde;

II - Componente Atenção Especializada:

a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:

1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos de Telessaúde;

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC ≥ 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC ≥ 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

b) Subcomponente Hospitalar:

1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde;

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos

específicos;

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;

5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I; e

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades; e

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos:

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade;

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e

c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

Parágrafo único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializada, Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo I.

§ 3º A pactuação de que trata o "caput" é pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

§ 4º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Art. 6º Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde.

Art. 7º O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional.

Art. 8º O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade.

RF. 11.136

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicativos obrigatórios à cirurgia;

- c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;
- d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;
- e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.
3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

ANEXO II

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

1. Dados do Município-sede da linha de cuidado:

- CNPJ da Prefeitura;
- Código IBGE;
- Contato da Prefeitura (email e telefone);
- Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);
- Cargo ou função;
- Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:

2.1 Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar);

2.2 Pontos de Atenção a Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor linha de cuidado e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

- Nº de UBS adstritas à linha de cuidado;
- CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);
- Nº de NASF com CNES;
- Nº de Academias da Saúde com CNES;
- Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

b) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):

- Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);

- Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número, categoria e hora;
- Especificar se realiza procedimento cirúrgico;
- Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;
- Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora;
- Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;
- Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).

2.3 Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos):

- Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;
- Medicamentos e suplementos disponíveis.

2.4 Regulação:

- Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES.

3. Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado);

4. Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;

5. Dados do contato:

- Nome;
- CPF;
- Cargo ou função;
- Email do contato;
- Telefone do contato.

6. Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Folha 54 fls. 55
Proc. Nº 01.05421/13
00
Alessandra Sabaki
RF. 11.136

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : plano AND saúde

Total de referências : 1

1/1

Título: LEI Nº 11.684 17/11/1994 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Dispoe sobre ressarcimento a Prefeitura Municipal de Sao Paulo das despesas com os segurados de qualquer empresa privada prestadoras de serviços de assistencia medica ou de administradoras de plano de saude quando atendidos em unidades de saude da rede Municipal de Sao Paulo.

Projeto: Projeto de Lei Nº 374/1993 ([ver documento](#))

Autor(es): Jose Indio Ferreira do Nascimento

[[Back](#)]

LEI Nº 11.684 , DE 17 DE NOVEMBRO DE 1994
(Projeto de Lei nº 374/93, do Vereador José Índio Ferreira do Nascimento)

Dispõe de ressarcimento à Prefeitura Municipal de São Paulo das despesas com os segurados de qualquer empresa privada, prestadoras de serviços de assistência médica ou de administradoras de plano de saúde quando atendidos em unidades de saúde da rede Municipal de São Paulo.

PAULO MALUF, Prefeito do Município de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei. Faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 25 de outubro de 1994, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Ficam obrigadas as empresas privadas prestadoras de serviços de assistência médica ou administradoras de planos ou seguros de saúde do ressarcimento à Prefeitura Municipal de São Paulo de todas as despesas provenientes do atendimento médico dos segurados, associados ou consumidores em quaisquer unidades de saúde pertencentes a rede Municipal de São Paulo.

Art. 2º - Fica, também, determinado que o pagamento de todas as despesas médicas e hospitalares será de exclusiva responsabilidade das empresas a que estejam associadas as pessoas atendidas em unidades públicas de saúde da rede Municipal de São Paulo.

Art. 3º - O ressarcimento a ser feito pelas empresas privadas será calculado de acordo com as normas a serem formuladas pela Secretaria Municipal da Saúde dispondo de uma tabela composta pelos preços dos medicamentos, despesas hospitalares e procedimentos médicos, conforme os índices da - AMB - Associação Médica Brasileira.

Art. 4º - Esta lei deverá ser regulamentada pelo Poder Executivo no prazo máximo de 120 dias da data de sua publicação que estabelecerá o procedimento e formulários a serem adotados na rede Municipal de Saúde para os atendimentos dos segurados, associados ou consumidores das empresas privadas.

Art. 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 17 de novembro de 1994, 441ª da fundação de São Paulo.

PAULO MALUF, PREFEITO

JOSÉ ALTINO MACHADO, Secretário dos Negócios Jurídicos

CELSO ROBERTO PITTA DO NASCIMENTO, Secretário das Finanças

SILVANO MARIO ATÍLIO RAIA, Secretário Municipal da Saúde
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 17 de novembro de 1994.

EDEVALDO ALVES DA SILVA, Secretário do Governo Municipal

56 fls. 57
Proc. Nº 01-05421-13
Alessandra Labaki
RF. 11.136

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : plano AND saúde

Total de referências : 1

1/1

Título: DECRETO Nº 50.142 23/10/2008 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Cria, na Secretaria Municipal da Saúde, a Assessoria de Acompanhamento e Integração do Setor de Saúde Suplementar.

[[Back](#)]

DECRETO Nº 50.142, DE 23 DE OUTUBRO DE 2008

Cria, na Secretaria Municipal da Saúde, a Assessoria de Acompanhamento e Integração do Setor de Saúde Suplementar.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei,

D E C R E T A:

Art. 1º. Fica criada, na Secretaria Municipal da Saúde, a Assessoria de Acompanhamento e Integração do Setor de Saúde Suplementar, com o objetivo de:

I - apoiar os usuários de planos privados de assistência à saúde no controle e melhoria da qualidade do atendimento contratado;

II - apoiar a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no processo de monitoramento e fiscalização do setor;

III - integrar os recursos estratégicos e as ações de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e do setor de saúde suplementar no processo de melhoria da qualidade de vida dos cidadãos paulistanos.

Art. 2º. A Assessoria de Acompanhamento e Integração do Setor de Saúde Suplementar tem as seguintes atribuições:

I - acompanhar e apoiar os processos de monitoramento e fiscalização desenvolvidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS no âmbito do Município de São Paulo;

II - orientar as ações relativas à integração entre o Sistema Único de Saúde - SUS e a saúde suplementar;

III - participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas municipais de saúde, qualificando os dados setoriais para as atividades do Sistema Único de Saúde - SUS e da saúde suplementar;

IV - propor mecanismos de integração das ações de saúde para cumprimento das metas pactuadas pelo Município no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

V - promover a articulação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, visando a qualificação dos dados setoriais relativos ao Município, assim como sugerir e acompanhar trabalhos de monitoramento de desempenho realizados por operadoras de planos e seguro de saúde que atuam no Município;

VI - criar banco de dados centralizado, contendo informações sobre o Sistema Único de Saúde - SUS e a saúde suplementar no Município, mantendo-o atualizado;

VII - apresentar, anualmente, relatório da gestão das ações desenvolvidas no âmbito municipal, relacionadas à integração e ao acompanhamento do Sistema Único de Saúde - SUS e da saúde suplementar, divulgando seus resultados por todos os meios disponíveis;

VIII - promover a realização de estudos sobre temas relativos ao Sistema Único de Saúde - SUS e à saúde suplementar;

IX - sistematizar os dados disponíveis para a construção de indicadores sobre a situação de saúde da população usuária da rede pública e a população beneficiária de planos privados de saúde no Município, por meio dos bancos de dados de base nacional relativos ao Sistema Único de Saúde - SUS, comparativamente com os sistemas de informação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

X - fornecer subsídios para o planejamento de ação integrada sobre a oferta e a demanda adequada de serviços no âmbito do Município e as reais necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e dos beneficiários de planos privados de saúde.

Art. 3º. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 23 de outubro de 2008, 455º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

JANUARIO MONTONE, Secretário Municipal da Saúde

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 23 de outubro de 2008.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

PROJETO DE LEI 01-0600/2005 do Vereador Wadih Mutran (PP)

"Dispõe sobre a determinação de normas de atendimento, de todos os planos de saúde, que se encontram em funcionamento no Município de São Paulo, e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, decreta:

Art. 1º Torna obrigatório, todos os planos de saúde que estiverem exercendo suas atividades no Município de São Paulo, a proceder o atendimento de seus associados, em suas unidades hospitalares, consultórios médicos e laboratórios credenciados, somente com a antecipação de dia e hora devidamente marcados.

Art. 2º Os planos mencionados no artigo anterior, deverão cumprir o que determina esta Lei, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação da mesma.

Art. 3º -O descumprimento dos dispositivos desta Lei implicará ao infrator a imposição de multa no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), sendo que em caso de reincidência, o valor da multa duplicará.

Art. 4º - O Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 30 (trinta) dias após sua publicação.

Art. 5º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Às Comissões competentes."

PROJETO DE LEI 01-0642/2006 do Vereador Jooji Hato (PMDB)

"Institui nos Serviços Hospitalares da Rede Pública de Saúde do Município tratamento para obesidade e obesidade mórbida e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído na rede de atendimento médico hospitalar do Município de São Paulo tratamento específico destinado aos portadores de obesidade e obesidade mórbida.

Parágrafo Único - O tratamento deverá incluir consultas com especialistas da área, orientação nutricional, acompanhamento psicológico, tratamento medicamentoso com drogas específicas e nos casos do diagnóstico de obesidade mórbida, intervenção cirúrgica bariátrica através das técnicas consagradas pela moderna medicina, com posterior intervenção cirúrgica plástica corretiva.

Art. 2º - Os hospitais da rede deverão ser dotados de equipe multidisciplinar (médicos, nutricionistas, psicólogos), equipamentos e pessoal de apoio necessários para o atendimento integral ao "caput" do presente artigo.

Art. 3º - O encaminhamento dos pacientes aos hospitais onde serão implantados os serviços previstos no Artigo Primeiro da presente lei, deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde e Hospitais Municipais, após prévio diagnóstico por médicos clínicos.

Art. 4º - Serão realizadas anualmente, através dos meios de comunicação de massa, campanhas de caráter orientativo, educativo e informativo visando orientar a população sobre os males da obesidade, alimentação saudável e riscos da vida sedentária.

Art. 5º - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 60 (sessenta) dias a contar de sua publicação.

Art. 6º - As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Comissões, em Às Comissões competentes"

PUBLICADO DOC 19/05/2010, PÁG 70

PROJETO DE LEI 01-0203/2010 do Vereador Donato (PT)

“Fixa diretrizes para Credenciamento de Operadoras de Planos de Saúde para prestação de serviços médicos e hospitalares aos Servidores Públicos Municipais e dá outras providências”.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º - O Município poderá colocar em prática um Plano de Credenciamento de Operadoras de Saúde destinado a ofertar prestação de serviços médicos aos servidores públicos e empregados municipais, podendo incluir também os inativos.

Art. 2º - A prestação dos serviços de saúde deverá prever a oferta de diferentes planos, com diferentes custos, sendo, entretanto, obrigatória a oferta mínima de um Plano Básico com a oferta de consultas ambulatoriais e completa assistência médica hospitalar.

Art. 3º - Os servidores e empregados municipais, bem como os inativos, poderão escolher o prestador de serviço dentre os habilitados e o plano dentre os oferecidos, desde que manifestem expresso interesse.

Art. 4º - O valor da contribuição destinada a custear os planos de saúde deverá ser debatido e acordado em Mesa de Negociação envolvendo a Municipalidade e as entidades de classe representativas dos trabalhadores.

Parágrafo único - As contribuições dos servidores beneficiários serão descontadas em folha de pagamento.

Art. 5º - Permanecem inalterados, independentemente da adesão a plano privado, todos os direitos assegurados aos servidores através da lei nº 14.661, de 27 de dezembro de 2007.

Art. 6º - O Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de sua publicação.

Art. 7º - As despesas decorrentes da implantação desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 8º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Às Comissões competentes.”

PUBLICADO DOC 14/06/2012, PÁG 77

PROJETO DE LEI 01-00274/2012 da Vereadora Edir Sales (PSD)

"Dispõe sobre a obrigatoriedade dos restaurantes, bares e estabelecimentos congêneres em disponibilizar meia porção ou refeição para aqueles que, comprovadamente, foram submetidos à Cirurgia Bariátrica ou Gastroplastia, bem como cobrar para os mesmos, valor igual ou inferior a 50% (cinquenta por cento) do total, nos sistemas de rodízio ou autosserviço ilimitado de refeições (self-services), e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º Os restaurantes, bares e estabelecimentos congêneres que preparam e comercializam refeições no município de São Paulo deverão disponibilizar meia porção ou prato para todos aqueles que, comprovadamente, foram submetidos à Cirurgia Bariátrica ou Gastroplastia.

§1º Estão excluídas da obrigatoriedade constante do caput as porções ou refeições que não ultrapassem o peso de 250g (duzentos e cinquenta gramas), bem como as bebidas e coquetéis de qualquer natureza.

§2º O preço a ser cobrado nos casos previstos no caput deve ser o de, no máximo, 50% (cinquenta por cento) do valor do prato ou da porção.

Art. 2º Os estabelecimentos previstos no artigo 1º, que ofereçam aos clientes refeições ou porções à vontade, por preço fixo pré-estabelecido, em sistema de rodízio ou de autosserviço, devem cobrar pelas mesmas valor igual ou inferior a 50% (cinquenta por cento) do total.

Parágrafo Único - Excluem-se da obrigatoriedade prevista neste dispositivo os casos em que a cobrança é realizada pelo peso da refeição ou da porção.

Art. 3º Para ter direito ao benefício de que trata a presente Lei, o interessado deverá comprovar sua condição de gastroplastizado ao responsável pelo estabelecimento através da apresentação de laudo ou atestado emitido por médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - As disposições desta lei devem ser aplicadas a todas as porções ou pratos preparados ou comercializados no estabelecimento, salvo nos casos de impossibilidade de preparo parcial em razão da natureza do alimento.

Art. 5º O não cumprimento do disposto nesta Lei sujeitará o infrator à multa no valor correspondente a R\$1.500,00, podendo ser dobrado no caso de reincidência e triplicado no caso de terceira incidência.

Parágrafo Único. A multa de que trata o caput deste artigo será atualizada anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada no exercício anterior, sendo que, no caso de extinção deste índice, será adotado outro índice criado pela legislação federal e que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda.

Art. 6º O Poder Executivo Municipal regulamentará a presente Lei atendendo aos princípios de responsabilidade social e moral estabelecidos pela mesma.

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

Sala das Sessões, Às Comissões competentes".



RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

[Anexo da RN nº 259]

[Índice] [Correlações] [Alterações] [Revogações] [Detalhamentos]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

~~Parágrafo Único. Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Acrecentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência à saúde, podendo ser credenciada ou cooperada; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.

~~Parágrafo Único. As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br). (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

CAPÍTULO II

DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I

Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis:

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da

demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

Seção II

~~Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto~~

~~Subseção I~~

~~Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município~~

Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

(Título da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

(Título Subseção I da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 4º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município.~~

~~§ 1º O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.~~

~~§ 2º Na impossibilidade de acordo entre a operadora e o prestador não credenciado, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, independentemente de sua localização, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.~~

~~§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.~~

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção II

~~Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não~~

Subseção II

Da Inexistência de Prestador no Município

(Título Subseção II da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 5º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no mesmo município e nos municípios limítrofes a este, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados pelo art. 3º.~~

~~Parágrafo único. A operadora ficará desobrigada do transporte a que se refere o caput caso exista prestador credenciado no mesmo município ou nos municípios limítrofes. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 6º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º.~~

~~Parágrafo único. O disposto no caput prescinde de autorização prévia.~~

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à

área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção III
~~Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de~~
~~Prestador no Município~~

Seção III
Das Disposições Comuns

(Título da "Subseção III" alterado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Subseção I
Do Transporte

(Subseção I da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 7-A. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

Subseção II
Do Reembolso

(Subseção II da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

~~Art. 9º Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na~~

~~hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.~~

~~Parágrafo único. Para os produtos que prevejam a disponibilidade de rede credenciada mais a opção por acesso a livre escolha de prestadores e não ocorrendo as hipóteses de que tratam os arts. 4º, 5º ou 6º, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, caso o beneficiário opte por atendimento em estabelecimentos de saúde não participantes da rede assistencial. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)~~

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 10-A. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao

consumidor. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Proc. Nº 01-0542/13
115-71

Alessandra Labaki
RF. 11.136

Art. 11 Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 12 O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na hipótese de adoção da medida prevista no inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 12 da presente resolução. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso, tais como: (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

I - Segmentação assistencial; (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

II - Área Geográfica de Abrangência; e (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

III - Área de Atuação do Produto. (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

Art. 13 O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7º-A, ambos da

Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

Folha 01 de 01
Assinatura: Alessandra Zanki
RF. 11.126

“Art.

2º

.....

I -

II

-

.....

III – O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7º-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.

Parágrafo

único.

.....” (NR)

“Art.

7º-A.

.....

Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa específica editada pela ANS.” (NR)

Art. 14 O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

Art. 15 Ficam **revogados** os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

~~Art. 16 Esta RN entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.~~

Art. 16. Esta RN entra em vigor no dia 19 de dezembro de 2011. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

MAURICIO CESCHIN
Diretor-Presidente

Este texto não substitui o texto normativo original e nem o de suas alterações, caso haja, publicados no

ANEXO

Correlações da RN nº 259:

Lei 9.656, de 1998

Lei nº 9.961, de 2000

RN nº 85, de 2004

RN nº 197, de 2009

IN/DIPRO nº 23, de 2009

Além de:

CONSU nº 8, de 04/11/1998

CONSU nº 13, de 1998

RN nº 162, de 2007

RN nº 211, de 2010

[VOLTAR]

A RN nº 259 foi ALTERADA pela:

RN nº 268, de 02/09/2011

[VOLTAR]

A RN nº 259, REVOGOU:

os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN/DIPRO nº 23, de 2009

[VOLTAR]

A RN nº 259, Foi Detalhada pela:

IN/DIPRO nº 37, de 2011, que regulamenta o conceito de Região de Saúde previsto no inciso V do §1º do artigo 1º da RN nº 259.

[VOLTAR]

ÍNDICE DA RN nº 259:

CAPÍTULO I - DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

CAPÍTULO II - DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

Seção I - Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

~~Seção II - Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto~~

~~Subseção I - Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município~~

~~Subseção II - Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não~~

~~Subseção III - Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de Prestador no Município~~

Seção II - Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

Subseção I - Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município

Subseção II - Da Inexistência de Prestador no Município

Seção III - Das Disposições Comuns

Subseção I - Do Transporte

Subseção II - Do Reembolso

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Folha 84
Proc. Nº 01.0542/13 fls. 75

Alessandra Libezki
RF. 11136

[VOLTAR]

RECEBIDO
Comissão de Constituição, Justiça
e Legislação Participativa
Em 03/09/13 às 18h
RF 11336
João Carlos
Técnico Administrativo

Ào Nobre Vereador / À Nobre Vereadora
Laercio Benko
Para Relator,
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa
Em 03/09/2013

Obs. O prazo para emissão de parecer é de 8 dias,
nos termos do § 3º do art. 6º do R.L.

RECEBIDO NA PRESIDÊNCIA DO PLENO DO CONCELHO DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE REGISTRO E ARQUIVAMENTO
EM 03/09/13 às 13h
POR Al
SAÍDA: 5/9/13 ÀS: 15h ASS: Al

RECEBIDO NA PRESIDÊNCIA DO PLENO DO CONCELHO DE SÃO PAULO
SEÇÃO DE REGISTRO E ARQUIVAMENTO
EM 09/09/13 às 17h30
POR Tsu
SAÍDA: 10/9/13 ÀS: 17h15 ASS: Al

Segue — juntado —, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado — sob folha(s)
nº 75 A 7 Em 20/09/13
André Marcon
RF. 11.264 - Técnico Administrativo



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Folha nº 75 do proc.
nº 01-542 de 20 13
André Marcon
RF 11284

16 - PAR
16- 01828/2013

PI0542-13

PARECER Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI 0542/13.

Trata-se de projeto de lei, de iniciativa do nobre Vereador George Hato, que torna obrigatória a inclusão de tratamento para obesidade e obesidade mórbida nos Planos de Saúde e Seguros Saúde, oferecidos no município de São Paulo.

O projeto pode merecer prosperar, como veremos.

No que tange ao aspecto formal, a propositura encontra fundamento no artigo 37, *caput*, da Lei Orgânica Paulistana, segundo o qual a iniciativa das leis cabe a qualquer membro ou Comissão Permanente da Câmara Municipal, ao Prefeito e aos Cidadãos, inexistindo, ainda, qualquer impedimento para a iniciativa de projetos de lei que versem sobre a matéria em questão, uma vez que a reserva de iniciativa para projetos de lei que disponham sobre a prestação de serviço público foi abolida do citado diploma legal, através da Emenda nº 28, de 14 de fevereiro de 2006.

A matéria de fundo versada na propositura – proteção e defesa da saúde – insere-se na competência concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal (art. 24, inciso XII, da CF) e também dos Municípios, já que a eles lhes é dado suplementar a legislação federal e estadual no que couber (art. 30, inciso II, da CF).

Com efeito, ao suplementar a legislação federal ou estadual o que não pode é a lei municipal infringir as citadas leis, mas pode o município legislar conforme suas particularidades, conforme o anseio da sociedade local, esta é a lição de Fernanda Dias Menezes de Almeida para quem:

[...] a competência conferida aos Estados para complementarem as normas gerais da União não exclui a competência do Município de fazê-lo também. Mas o Município não poderá contrariar nem as normas gerais da União, o que é óbvio, nem as normas estaduais de complementação, embora possa também detalhar estas últimas, modelando-as mais adequadamente às particularidades locais. (in: Competências na Constituição de 1988, 4ª edição, São Paulo: Atlas, p. 125.)

Em outro aspecto, consoante o disposto nos artigos 30, inciso I, da Constituição Federal compete aos Municípios legislar sobre assuntos de interesse local, dispositivo com idêntica redação no artigo 13, inciso I, da Lei Orgânica Municipal.

Por interesse local, segundo Dirley da Cunha Junior, entende-se, não aquele interesse exclusivo do Município, mas seu interesse predominante, que o afete de modo mais direto e imediato (*In*, Curso de Direito Constitucional, 2ª edição, Salvador: Juspodivm, 2008, p.841).

17 - RELCOM
17- 01856/2013



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

PI0542-13

Folha nº 76 do proc.
nº 01-542 de 20 13
André Marcondes
RF [assinatura]

Nesse diapasão, estando a propositura relacionada à proteção da saúde da pessoa com diabetes, observa-se a concretização do dever constitucional imposto ao Poder Público de proteção à saúde, insculpido no art. 196 caput do Texto Maior, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifamos)

Consoante é sabido, a obesidade traz em si vários problemas relativos à saúde, sendo tratada, por grande parte dos médicos como doença que deve ser combatida tendo em vista o bem estar do indivíduo.

Nestes termos, a Lei Orgânica Municipal, em seu art. 213, inciso I, abaixo transcrito, prevê que o Município deverá garantir o direito à saúde através de políticas que visem o bem estar do indivíduo e a eliminação dos riscos de doenças:

Art. 213 - O Município, com participação da comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante:

I - políticas que visem ao bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, a redução e a busca da eliminação do risco de doenças e outros agravos, abrangendo o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho;

II – acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade. (grifamos)

Dessa forma, amparada está a iniciativa do Poder Legislativo tendente a prover o cidadão de prestações materiais, ainda mais se considerarmos que o bem jurídico protegido, qual seja, a saúde, é reconhecido e amparado constitucionalmente como direito de todos (art. 196 da Constituição Federal), cuja manutenção é necessária para a salvaguarda de outro direito básico do ser humano que é a vida (art. 5º, "caput", da Constituição Federal). Aliás, a essencialidade de tais garantias para o homem faz com que sejam priorizadas mesmo quando em conflito com outros princípios insertos na Carta Magna.

Além disso, a questão insere-se no âmbito do Poder de Polícia, que consiste, na faculdade do Poder Público em impor ações ou omissões no resguardo e na atenção do interesse público.

Hely Lopes Meirelles, em sua obra Direito Municipal Brasileiro (6ª ed., pg.363) trata dos limites e do alcance do exercício desse poder, asseverando que:

"A polícia administrativa municipal deve estender-se a todos os locais públicos ou particulares abertos à frequência coletiva, mediante pagamento ou gratuitamente, bem como aos veículos de transporte coletivo. As

SEM EFEITO
Juntado _____, nesta data documentado(s)
o papel de informação publicado _____ sob toda(s)
Em _____
André Marcom
RF. 11.264
SEM EFEITO
Técnico Administrativo
SEM EFEITO



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

PI0542-13

Folha nº 77 do proc.
nº 02542 de 2013

André Marcon
RF 1184

medidas de segurança se concretizam em inspeções permanentes dos locais e recintos de frequência pública; na obrigatoriedade de saídas de emergência, na exigência de equipamentos contra incêndio; na limitação de lotação e demais providências que visem à incolumidade e ao conforto dos frequentadores em geral."

A Lei Orgânica do Município, por seu turno, no art. 160, atribui competência ao Município para disciplinar as atividades econômicas desenvolvidas em seu território pelos estabelecimentos comerciais, industriais, de serviços e similares, desde que sob o aspecto do peculiar interesse local (art. 30, II, da CF).

Por se tratar de matéria sujeita ao quórum de maioria simples para deliberação, é dispensada a votação em Plenário, cabendo tal prerrogativa às Comissões Permanentes, salvo recurso de 1/10 (um décimo) dos membros deste Legislativo, na forma do art. 46, X, do Regimento Interno.

Pelo exposto, somos

PELA LEGALIDADE.

Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa.

18/09/13

ABOU ANNI

GOULART

ALESSANDRO GUEDES

EDUARDO TUMA

GEORGE HATO

ARSELINO TATTO

LAÉRCIO BENKO

CONTE LOPES

SANDRA TADEU

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 20/09/13

Pág. 109 Col. 03

Conferido

André Marcon
Técnico Administrativo
RF 11.264

A Comissão de **ECON**

Em 23/09/13

André Marcon
RF. 11.264

RECEBIDO

Comissão de Trânsito, Transporte,
Atividade Econômica, Turismo, Lazer
e Gastronomia.

Em 01/10/2013 às 12:00

Inamar Alves de Sousa Jr.
RF. 101.204 - SGP-12

Ao Vereador / A Vereadora

Exmo. Ver. On. TELHADA

Para relatar.

Sala da Comissão de Trânsito, Transporte, Atividade
Econômica, Turismo, Lazer e Gastronomia.

Em 01/10/2013

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos
termos do § 3º artigo 63 do RI.

28.79

05/12/13

11120

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PL 542/2013

16 - PAR
16- 02669/2013

DA COMISSÃO DE TRÂNSITO, TRANSPORTE,
ATIVIDADE ECONOMICA, TURISMO, LAZER E GASTRONOMIA SOBRE O
PROJETO DE LEI Nº 542/2013.

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador George Hato, *torna obrigatória a inclusão de tratamento para obesidade e obesidade mórbida nos Planos de Saúde e Seguros Saúde, oferecidos no Município de São Paulo e dá outras providências.*

Em sua justificativa, o Autor argumenta que tanto as empresas que oferecem planos de saúde quanto as que oferecem seguros-saúde possuem em seus contratos cláusulas que retiram da área de cobertura alguns tipos de cirurgias intituladas como "estéticas", dentre elas as cirurgias bariátricas. Tal procedimento não é estético, mas sim uma subespecialidade da cirurgia geral, cientificamente comprovado e que promove a perda de peso de forma definitiva, reduzindo as taxas de mortalidade por evitar uma série de doenças associadas à obesidade grave.

Ocorre que os munícipes muitas vezes precisam recorrer às instâncias judiciais para obter tal tratamento, o que posterga o tratamento e agrava sua condição de saúde.

O Autor também lembra que o número de pessoas obesas no Brasil mais que dobrou em três décadas, chegando ao número de 38,8 milhões de adultos e que a mortalidade em consequência de doenças relacionadas com a obesidade é um dos maiores problemas de saúde deste novo milênio.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa manifestou-se pela LEGALIDADE do projeto de lei.

Tendo em vista que a obesidade é considerada pelo Ministério da Saúde como uma doença crônica, bem como um fator de risco para outras doenças e, que o presente projeto de lei pretende que os planos de saúde e seguros-saúde comercializados no Município de São Paulo tenham esse mesmo entendimento e

17 - RELCOM
17- 02716/2013



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

PL 542/2013

fls. 83
Processo nº 542/13
Sala da Comissão de
Lazer e Gastronomia
11/12/13

venha a cumprir seu dever de fornecer assistência médica aos portadores de obesidade, quanto ao mérito, a Comissão de Trânsito, Transporte, Atividade Econômica, Turismo, Lazer e Gastronomia manifesta-se FAVORÁVEL à aprovação do projeto de lei.

Sala da Comissão de Trânsito, Transporte, Atividade Econômica, Turismo Lazer e Gastronomia, em 04/12/13

SENIVAL MOURA
Presidente

AURÉLIO MIGUEL

RICARDO YOUNG

CLAUDINHO DE SOUZA

SOUZA SANTOS

CORONEL TELHADA
Relator

VAVA

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 05 / 12 / 13
Pág. 135 Col. 2 e 3
Conferido [assinatura]

À Comissão de Saúde
Em 05 / 12 / 13
Fábio de Castro Palva
RF. 11.120 [assinatura]

RECEBIDO
Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher
05/12/13 às 19h

[assinatura]
Liliane Jun Ogura
Técnico Administrativo
RF. 11.065

[assinatura]
Vera Noemi Novato
Comissão de Saúde, Promoção Social,
Trabalho e Mulher
10 / 12 / 13
[assinatura]
O prazo para a entrega é de 8 dias, não
contando com o dia da entrega.

Segue [assinatura] juntado [assinatura] nesta data documento(s)
e página(s) 80 e 81 sob folha(s) 0703-14
Vera
RF. 10 [assinatura]



Folha nº 80 do proc.
nº 542 de 20 13
Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP-12

16 - PAR
16- 00391/2014

PARECER Nº DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI 542/2013.

O Projeto de Lei, de autoria do Nobre Vereador George Hato, torna obrigatória a inclusão de tratamento para obesidade mórbida nos Planos de Saúde e Seguros Saúde, oferecidos no Município de São Paulo e dá outras providências.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer pela legalidade.

A Comissão de Trânsito, Transporte, Atividade Econômica, Turismo, Lazer e Gastronomia, manifestou-se favoravelmente.

No âmbito desta Comissão, quanto ao mérito que devemos analisar, entendemos que o projeto em tela é meritório e deve prosperar pelas razões que seguem.

A proposição em tela tem diferentes efeitos sendo que se destaca a maneira como a indústria de serviços de saúde, seja ela planos de saúde ou ainda seguro saúde, enquadram o quadro de obesidade mórbida.

A respeito da obesidade, segundo Marco Aurélio Santo (Unidade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e Ivan Cecconello (Disciplinas de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) em editorial do periódico Arquivos de Gastroenterologia (vol.45 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2008) informam que:

(...) "A preocupação com a obesidade tem assumido destaque no cenário internacional e nacional, haja vista os inúmeros fóruns e resoluções emanados dos principais órgãos de regulação da saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e instituições administrativas, como o National Institute of Health (NIH) nos Estados Unidos e o Ministério da Saúde do Brasil ⁽¹⁾.

*Dentre as várias formas de mensuração da obesidade, o índice de massa corpórea (IMC), desenvolvido pelo matemático belga Lambert Quetelet em meados do século XIX, tornou-se o padrão referencial para essa avaliação, tanto em âmbito individual como populacional ⁽³⁾. Dada sua praticidade, simplicidade e elevado grau de confiabilidade na indicação da gordura corporal, correlacionando-se inclusive com medidas diretas, o IMC permitiu a classificação da obesidade em quatro níveis – graus I, II, **III (grave ou mórbida)** e super-obesidade, constituindo-se no mais importante índice, dentre vários outros parâmetros antropométricos e clínico-laboratoriais indicativos de obesidade e risco para doenças associadas.*

*A caracterização da gravidade da **obesidade grau III** (IMC maior de 40 kg/m²) dá-se devido à conjunção de três aspectos: prevalência elevada da compulsão*



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 81 do proc.
nº 542 de 20 13

fls. 86

Vera Nice Rodrigues
RF 101.123 - SGP/12

alimentar, resistência aos tratamentos clínicos (perda de peso insuficiente ou não sustentada) e associação freqüente com doenças inter-relacionadas, que são provocadas ou agravadas pela obesidade e que melhoram com a redução e controle do peso. Dentre as principais co-morbidades destacam-se a diabetes, hipertensão arterial e as dislipidemias, que constituem um conjunto de fatores de risco cardiovascular, relacionados especialmente à deposição de gordura visceral e resistência à insulina, denominado de síndrome metabólica.
(...) (grifos nossos)

Entretanto, segundo dados apresentados pelo autor da proposta em tela, a partir de informações contidas em processos judiciais transitados e julgados, os prestadores de serviços da área de saúde, principalmente os planos de saúde e seguros saúde acabam circunscrevendo, tratamento médico relacionado a estes males como estéticos e, por isso, a princípio não se dispõem a cobri-los.

Nesse sentido, o presente projeto de lei tem o condão de trazer a público este debate buscando a reversão de posição e inclusão, no rol de doenças a serem cobertas pelos prestadores de serviços de saúde, da obesidade mórbida dada a sua importância e impacto no que diz respeito à saúde pública.

Pelos motivos expostos, **favorável é o nosso parecer.**

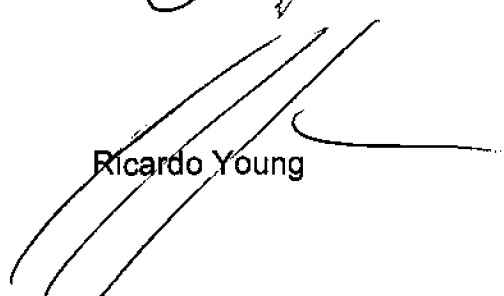
Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher em 07/07/14

17 - RELCOM
17- 03398/2014

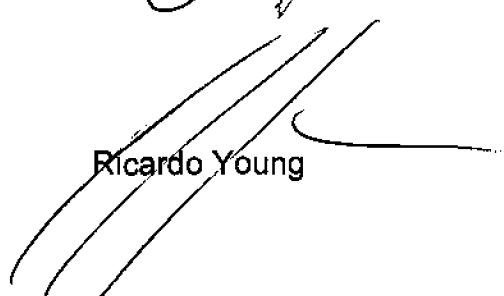

Calvo
Presidente

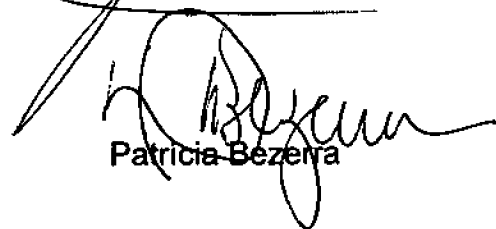

Alfredinho

Natalini


Ricardo Young


Noemi Nonato - Relatora


Netinho de Paula


Patricia Bezerra

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 08/05/2014

Pág. 7879 Col. 4 e 1

Conferido

Vera Niza Rodrigues
Assistente Parlamentar
RF. 101.123

A Comissão de Finanças

Em 16/05/14

Lilliane Jun Ogura

RF. 11.095

lgx

RECEBIDO

Comissão de Finanças e Orçamento

Em 16/5/14 às 17h33

RF. 11261

Vinícius Moreira do Nascimento

RF. 11.261

Ao Vereador / A Vereadora

Ricardo Nunes

Para relatar.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento.

Em 19/05/2014

Obs: O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do R.I.

Pedido de vistas ao Vereador / à Vereadora

Laércio Benko

Interido na reunião ordinária de: 06/08/14

Obs: o prazo para devolução é de 2 dias, nos termos do § 4º, artigo 63 do R.I.

Segue juntado o texto desta documento(s)
e papel de informação rubricado sob folha(s)
nº 82 e 83 Em 05/9/14

Caio Cesar Rodrigues

RF. 11.267 - Técnico Administrativo



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

16 - PAR
16- 01124/2014

Folha nº 82 do proc. fls. 88

nº 01-542 de 20 13

Caio César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

**PARECER Nº
ORÇAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 542/2013**

DA COMISSÃO DE FINANÇAS E

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador George Hato, visa tornar obrigatória a inclusão de tratamento aos portadores de obesidade e obesidade mórbida nos planos de saúde e seguros saúde oferecidos no Município de São Paulo.

De acordo com a propositura, o referido tratamento deverá incluir consultas com especialistas da área, orientação nutricional, acompanhamento psicológico e psiquiátrico e intervenção cirúrgica bariátrica, com posterior intervenção cirúrgica plástica corretiva, em casos de diagnóstico de obesidade mórbida em que são descartadas todas as possibilidades de contraindicações ou riscos. O projeto também estabelece que todas as empresas do ramo que atuam no Município, inclusive as empresas privadas e órgãos públicos que mantêm convênios com seus funcionários, estão sujeitas à obrigatoriedade citada acima. Como penalidade a eventuais infratores, propõe-se duas notificações, sendo que na terceira notificação será aplicada multa no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), e cassação do Alvará de Licença de Localização e Funcionamento em caso de reincidência.

Quanto ao aspecto financeiro, nada há a opor à propositura, porquanto as despesas para sua execução correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Favorável, portanto, é o parecer. Todavia, para adaptar o projeto a melhor técnica de elaboração legislativa, sugerimos o seguinte substitutivo:

SUBSTITUTIVO Nº

AO PROJETO DE LEI Nº 542/2013

Torna obrigatória a inclusão de tratamento para obesidade e obesidade mórbida nos Planos de Saúde e Seguros Saúde oferecidos no Município de São Paulo, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo D E C R E T A:

Art. 1º - Torna-se obrigatória a inclusão de tratamento aos portadores de obesidade e obesidade mórbida nos planos de saúde e seguros saúde oferecidos no Município de São Paulo.

§ 1º - O tratamento deverá incluir consultas com especialistas da área, orientação nutricional, acompanhamento psicológico e psiquiátrico, e, nos casos do diagnóstico de obesidade mórbida em que são descartadas todas as possibilidades de contraindicações ou riscos, intervenção cirúrgica bariátrica através das técnicas consagradas pela moderna medicina, com posterior intervenção cirúrgica plástica corretiva, obedecidas as carências contratuais.

§ 2º - Estão sujeitas ao disposto no "caput" todas as empresas do ramo que atuem no Município vendendo planos de saúde ou seguros saúde.

Art. 2º - Os contratos firmados no Município de São Paulo, objetos do art. 1º da presente Lei, não poderão conter cláusulas que retirem de sua cobertura quaisquer dos tratamentos elencados no § 1º desse artigo.

Art. 3º - Os infratores da presente Lei serão notificados a cada verificação de descumprimento do disposto nesta peça, sendo que, juntamente com a terceira notificação,

17 - RELCOM
17- 01140/2014



Folha nº 83 do proc.

nº 01-542 de 20 13

Caio César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

será aplicada multa no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), e, em caso de nova reincidência, o infrator será impedido de atuar nesta capital mediante a cassação do Alvará de Licença de Localização e Funcionamento.

Parágrafo Único - O valor da multa a que se refere o caput será atualizado, em 10 de Janeiro de cada exercício, pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, acumulada no exercício anterior.

Art. 4º - Será dada ciência da presente Lei aos órgãos que atuam na Defesa do Consumidor.

Art. 5º - O Poder Executivo regulamentará a presente Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar de sua publicação.

Art. 6º - As despesas com a execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 3/9/2014.

Ver. Milton Leite
Presidente

Ver. Ricardo Nunes
Relator

Ver. Adilson Amadeu

Ver. Aurélio Nomura

Ver. David Soares

Ver. Jair Fatto
DONATO

Ver. Laercio Benko

Ver. Paulo Fiorilo

Ver. Abou Anni

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 06/09/14

Pág. 104 Col. 2ª

Conferido Elaine Gonçalves Gavioli
Secretaria de Comissão
RF - 100485

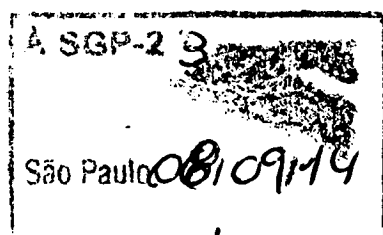
em 06/09/2014 de 5 sessões ordinárias,
conforme § 1º, artigo 52 do Regimento

Interno, publicada no D.O.C. de

06/09/14

Página(s) 104 Coluna(s) 2ª

Conferido por: Elaine Gonçalves Gavioli
Secretaria de Comissão
RF - 100485



Calo Cesar Rodrigues
Técnico Administrativo
RF. 11.267