

**CURSO DE DIREITO**

Letícia Lovato de Franceschi

**A TUTELA JURISDICIONAL DO CONSUMIDOR FRENTE À ABUSIVIDADE DAS  
CLÁUSULAS DOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE**

Santa Cruz do Sul  
2017

Letícia Lovato de Franceschi

**A TUTELA JURISDICIONAL DO CONSUMIDOR FRENTE À ABUSIVIDADE DAS  
CLÁUSULAS DOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, modalidade monografia, apresentado ao Curso de Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Prof. Ms. Veridiana Maria Rehbein  
Orientadora

Santa Cruz do Sul  
2017

## **TERMO DE ENCAMINHAMENTO DO TRABALHO DE CURSO PARA A BANCA**

Com o objetivo de atender o disposto nos Artigos 20, 21, 22 e 23 e seus incisos, do Regulamento do Trabalho de Curso do Curso de Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – considero o Trabalho de Curso, modalidade monografia, da acadêmica Letícia Lovato de Franceschi adequado para ser inserido na pauta semestral de apresentações de TCs do Curso de Direito.

Santa Cruz do Sul, 23 de novembro de 2017.

Prof. Ms. Veridiana Maria Rehbein  
Orientadora

*Aos meu pais, pelas oportunidades e amor incondicional.*

*A Justiça segura, numa das mãos, a balança, com a qual pesa o direito, e na outra a espada, com a qual o defende. A espada sem a balança é a força bruta, a balança sem a espada é a fraqueza do direito. Ambas se completam e o verdadeiro estado de direito só existe onde a força, com a qual a Justiça empunha a espada, usa a mesma destreza com que maneja a balança” (IHERING, Rudolf Von. A luta pelo direito, 2004).*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, Carmen e Gelso, pelo incansável apoio, incentivo e amor incondicional. À minha irmã Alice, meu maior presente, principalmente pela paciência. Aos demais familiares, pela compreensão e carinho de sempre. Ao Leonardo, pelo companheirismo e por me transmitir toda a tranquilidade do mundo.

À minha professora orientadora Veridiana Maria Rehbein, pela infatigável paciência, dedicação e apoio durante a elaboração do presente trabalho.

Aos meus colegas do curso de direito, pela amizade verdadeira que construímos.

Àqueles que, de uma forma ou outra, contribuíram na realização dessa monografia.

Muito obrigada a todos, de coração.

## RESUMO

O presente trabalho monográfico tematiza a questão da tutela jurisdicional nas demandas envolvendo contratos de planos e seguros de assistência privada a saúde no que tange às cláusulas abusivas impostas aos consumidores. Pretende-se, à luz da literatura recente e relevante, discutir e apresentar os principais aspectos teóricos que envolvem essa problemática. Para tanto, utiliza-se o metodologia de pesquisa bibliográfica que consiste, basicamente, na leitura e análise das teorias dos principais autores do Direito que tratam do problema, bem como a análise da jurisprudência recente. Partindo-se do pressuposto de que houve um considerável aumento nas demandas judiciais envolvendo os contratos de planos de saúde nos últimos anos, “a tutela jurisdicional do consumidor frente a abusividade das cláusulas dos contratos de planos de saúde” é um tema que se apresenta como fundamental, tendo em vista que a atuação do poder judiciário nos litígios envolvendo as empresas prestadoras de planos de saúde é decisivo, a fim de garantir a aplicação da legislação consumerista, bem como a proteção do consumidor vulnerável. Ademais, estamos falando do direito à saúde, direito fundamental garantido pela Constituição Federal.

**Palavras-chave:** direito do consumidor; planos de saúde; cláusulas abusivas

## ABSTRACT

The present monographic deals with the theme the judicial protection of the consumer to the abusive clauses of healthcare contracts. Intended, in the light of recent and relevant literature, discuss and present the main theoretical aspects that involve this problem. For this purpose, it uses bibliographic methodology research, consisting, basically, of reading and analyzing the theories of the main Law authors that deal with the problem, as well as the analysis of recent jurisprudence. On the assumption that there has been a considerable increase in lawsuits involving healthcare contracts in recent years, " the judicial protection of the consumer to the abusive clauses of healthcare contracts " is a topic that presents fundamental, in view of the Judiciary action in the litigations involving healthcare providers is decisive in order to guarantee the application of consumer legislation and guarantee the protection of the vulnerable consumers. In addition, we are talking about the health right, fundamental right guaranteed under the Federal Constitution.

**Keywords:** consumer law; healthcare plans; abusive clauses.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>O DIREITO DO CONSUMIDOR NO ÂMBITO LEGISLATIVO.....</b>	<b>12</b>
2.1	O conceito de consumidor.....	13
2.2	O fornecedor de produtos ou serviços.....	14
2.3	A aplicação do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de plano de saúde.....	16
2.4	O regime da responsabilidade civil nas relações de consumo.....	17
<b>3</b>	<b>OS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR .....</b>	<b>20</b>
3.1	A saúde suplementar.....	20
3.2	O panorama histórico dos planos de saúde no Brasil.....	21
3.3	A regulação da atuação das operadoras de planos de saúde.....	23
3.4	Os contratos de assistência à saúde suplementar.....	26
3.4.1	O contrato de plano de saúde e o seguro-saúde.....	27
3.4.2	As formas de contratação: planos individuais, familiares e coletivos.....	28
3.4.3	A adaptação dos contratos firmados anteriormente à Lei nº 9.656/98.....	30
<b>4</b>	<b>AS CLÁUSULAS ABUSIVAS NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE.....</b>	<b>33</b>
4.1	A judicialização das relações contratuais de prestação de serviços de saúde suplementar.....	36
4.2	O reconhecimento das abusividades pelo poder judiciário.....	39
4.2.1	Negativa de cobertura de próteses, órteses e <i>stents</i> .....	39
4.2.2	Reajuste contratual por mudança de faixa etária.....	42
4.2.3	Limitação no tempo de internação.....	44
4.2.4	A suspensão de atendimento e a rescisão contratual em caso de atraso no pagamento de parcela.....	46
4.2.5	Negativas de cobertura de doenças e procedimentos.....	51
4.2.6	Imposição de carência em casos de urgência ou emergência.....	54

**5 CONCLUSÃO.....57**

**REFERÊNCIAS.....60**

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a sociedade e conseqüentemente as relações de consumo, vêm se tornando cada vez mais complexas. Isso gerou a chamada massificação dos contratos, que incidiu, de forma direta, em vários setores do direito do consumidor, inclusive na contratação de planos de saúde.

Com base nisso, o presente trabalho explorará a questão da tutela jurisdicional nas demandas envolvendo contratos de planos e seguros de assistência privada à saúde no que tange às cláusulas abusivas impostas aos consumidores. Além disso, objetiva identificar se há o reconhecimento das possíveis abusividades nos contratos dos planos de saúde pelos tribunais, de acordo com o Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

Os planos de saúde sofreram um significativo crescimento nos últimos anos, se tornando uma alternativa para quem busca maior cobertura e qualidade na prestação de serviços de saúde. Apesar disso, o setor possui falhas, principalmente no que diz respeito às cláusulas que, na ótica do direito do consumidor, são consideradas abusivas.

Em que pese a obrigação do Estado de garantir o direito à saúde, direito fundamental social trazido pela Constituição, também tem a liberalidade de autorizar a atuação pela iniciativa privada, com a devida fiscalização estatal. É nesse âmbito que surgem os contratos de planos de saúde suplementar que, com a crise do serviço público e os altos custos da medicina privada, vêm se tornando uma alternativa aos consumidores. Por outro lado, considerando o caráter adesivo dos contratos, é recorrente a presença de cláusulas abusivas, em desacordo com o Código de Defesa do Consumidor. Assim, cada vez mais os consumidores vêm buscando o Poder Judiciário, a fim de revisar os contratos em questão.

Com o objetivo de contextualizar a temática apresentada, imprescindível partir da análise do âmbito de aplicação do direito do consumidor, no qual estão inseridos os contratos de planos de saúde. Para tanto, inicialmente, será realizada a conceituação dos sujeitos da relação de consumo, consumidor e fornecedor. A análise de tais elementos servirá de suporte para a análise da incidência do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde, objeto do presente trabalho.

Além disso, será abordada a questão da responsabilidade civil pelos defeitos causados pela circulação de bens e serviços, adentrando na responsabilidade das

operadoras de planos de saúde frente aos danos causados aos consumidores beneficiários.

Em seguida, será apresentada a questão da saúde suplementar no Brasil, partindo do panorama histórico dos planos de saúde. Além disso, serão abordadas as características dos contratos de planos de saúde, bem como as principais formas de contratação e diferenciação dos tipos de contratos. Isso com base, principalmente, na Lei nº 9.656/98: a Lei dos Planos de Saúde.

Por fim, serão analisadas as principais cláusulas abusivas presentes nos contratos de planos de saúde e a consequente judicialização das relações contratuais de prestação de serviços de saúde suplementar.

A elaboração do presente trabalho de pesquisa pauta-se no método de pesquisa hermenêutico, tendo em vista que objetiva abordar a temática das demandas judiciais envolvendo os planos de saúde a partir da interpretação dos textos doutrinários e jurisprudenciais. Isso com o fulcro de identificar as cláusulas abusivas presentes nos contratos, à luz do direito consumerista.

Assim, quanto aos procedimentos técnicos, irá se utilizar a pesquisa bibliográfica, sendo fonte de pesquisa a doutrina consumerista, legislação, artigos científicos, *sites* e instruções normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Além disso, irá se utilizar a análise da jurisprudência, que servirá como base para a identificação das supostas cláusulas abusivas contidas nos contratos de planos de saúde.

## 2 O DIREITO DO CONSUMIDOR NO ÂMBITO LEGISLATIVO

O Direito do consumidor é um direito fundamental trazido pela Constituição Federal de 1988, que busca a proteção da parte vulnerável da relação jurídica de consumo: o consumidor, usufruidor e beneficiário de produtos e serviços. No panorama mundial, tal proteção tornou-se fundamental a partir do surgimento da sociedade de massa, baseada na padronização dos contratos e produtos, tornando as relações jurídicas cada vez mais complexas.

No Brasil, o Código de Defesa do Consumidor é, atualmente, a mais moderna norma de regulamentação das relações de consumo, no que tange a aquisição de produtos e contratação de serviços. É uma norma de ordem pública e interesse social, não podendo ser alterada pela vontade das partes, como bem preceitua seu artigo 1º (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>). De acordo com Marques (2014, p. 60),

[...] é uma lei de função social, traz normas de direito privado, mas de ordem pública (direito privado indisponível), e normas de direito público. É uma lei de ordem pública econômica (ordem pública de coordenação, de direção e de proibição) e lei de interesse social (a permitir a proteção coletiva dos interesses dos consumidores presentes no caso).

No mesmo sentido entende Cavalieri Filho (2011, p. 13), no que diz respeito às normas de ordem pública e de interesse social:

*Normas de ordem pública* são normas *cogentes, imperativas*, pelo que indispensáveis e de observância necessária. As partes não podem alterar o conteúdo do dever nelas estabelecido e o juiz deve aplicá-las *ex officio*, isto é, independentemente da provocação do consumidor. [...] Normas de interesse social são aquelas que disciplinam um campo de relações sociais marcado pela desigualdade [...]. (Grifos do autor).

Como norma principiológica, todas as leis específicas que tratarem de questões atinentes às relações de consumo devem se subordinar ao CDC. A própria Lei nº 9.656/98, que regula o setor da saúde suplementar, além de ditar regras econômicas no que tange a matéria, cuida também da proteção do consumidor, limitada pelos ditames do CDC.

Assim, o objeto regulado pelo CDC é a relação de consumo:

Podemos conceituar a relação jurídica de consumo como o vínculo que se estabelece entre um consumidor, destinatário final, e antes a ele equiparados, e um fornecedor profissional, decorrente de um ato de consumo ou como reflexo de um acidente de consumo, a qual sofre incidência da norma jurídica específica, com o objetivo de harmonizar as interações naturalmente desiguais da sociedade moderna de massa.

(BONATTO, 2001, p. 19).

Não buscou o legislador conceituar especificamente a relação de consumo. Porém, distingue os sujeitos da relação, consumidor e fornecedor, bem como seu objeto, produto ou serviço (MIRAGEM, 2016, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>).

## 2.1 O conceito de consumidor

O artigo 2º do Código de Defesa do Consumidor (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) conceitua: “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final”. Tal definição é caracterizada como sendo a do consumidor *standard*, ou *strictu sensu*, ou seja, aquele que “se depreende das expressões *adquirir* ou *utilizar*” (BONATTO, 2001, p. 21, grifos do autor).

A fim de conceituar o termo “consumidor”, foram desenvolvidas três teorias: a teoria Maximalista, a teoria Finalista e a teoria Finalista Mitigada.

A teoria Maximalista defende que, para a caracterização do consumidor, é necessário tão somente que o bem ou serviço seja retirado de fato do mercado.

Não é preciso perquirir a finalidade do ato de consumo, ou seja, é totalmente irrelevante se a pessoa objetiva a satisfação de necessidades pessoais ou profissionais, se visa ou não ao lucro ao adquirir a mercadoria ou usufruir do serviço. Dando ao bem ou ao serviço uma *destinação final fática*, a pessoa, física ou jurídica, profissional ou não, caracteriza-se como consumidora [...]. (CAVALIERI FILHO, 2011, p. 60). (Grifos do autor).

De acordo com Marques (2014), a teoria Maximalista tem o condão de estender o máximo possível a interpretação do conceito de consumidor, de forma que o Código de Defesa do Consumidor seria aplicável em um número cada vez maior de relações do mercado.

O problema dessa visão é que transforma o direito do consumidor em direito privado geral, pois retira do Código Civil quase todos os contratos comerciais, uma vez que comerciantes e profissionais consomem de forma intermediária insumos para a sua atividade-fim, de produção e distribuição. (MARQUES, 2014, p. 102).

Já a doutrina Finalista segmenta a expressão “destinatário final” em fático e econômico. Entende-se por destinatário final fático aquele que somente retira o produto ou serviço do mercado, podendo utilizá-lo para a produção de outros bens

ou serviços. Já o destinatário final econômico é aquele que põe fim na cadeia de produção, ou seja, “aquele que vem a consumir o bem-da-vida, sendo [...] o último elo da cadeia econômica, por não repassar os custos da aquisição ao mercado” (BONATTO, 2001, p. 21). Assim, em regra, para ser considerado consumidor, o indivíduo deve ser destinatário final fático e econômico.

Não obstante, o critério de divisão entre destinatário final fático e destinatário final econômico tornou-se insuficiente para abarcar diversas situações onde era evidente o desequilíbrio da relação. Ensina Cavalieri Filho (2011) que a teoria finalista sofreu uma flexibilização, tendo em vista que é exigível a comprovação da vulnerabilidade, o que possibilita a aplicação das normas consumeristas inclusive para consumidores profissionais, incluindo nesse conceito as pequenas empresas.

Assim, a chamada Teoria do Finalista aprofundada ou mitigada abarca as relações em que há a presença de vulnerabilidade, tanto a fática, quanto a técnica ou a jurídica. De acordo com Marques (2014, p.104):

Vulnerabilidade é uma situação permanente ou provisória, individual ou coletiva, que fragiliza, enfraquece o sujeito de direitos, desequilibrando a relação de consumo. Vulnerabilidade é uma característica, um estado do sujeito mais fraco, um sinal de necessidade de proteção.

Além disso, o CDC traz a figura dos consumidores equiparados que

muito embora não se amoldem ao conceito jurídico de consumidor padrão, estão expostos aos efeitos decorrentes das atividades dos fornecedores no mercado, podendo ser por elas atingidos ou prejudicados (CAVALIERI FILHO, 2011, p. 69).

Assim, também são protegidos pelo CDC, tendo em vista a presença da vulnerabilidade. Nesse sentido, são considerados consumidores equiparados, conforme o CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>): a coletividade de pessoas, mesmo que indeterminadas, mas que intervém nas relações (parágrafo único do art. 2º); todas as vítimas de defeitos, sejam eles fato do produto ou serviço (art. 17); e as pessoas expostas a práticas comerciais, determináveis ou não (art. 29).

## **2.2 O fornecedor de produtos ou serviços**

É considerado fornecedor, em sentido estrito, todo aquele que desenvolve alguma atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou serviços,

conforme prevê o “caput” do artigo 3º do Código de Defesa do Consumidor (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>).

Um dos principais requisitos de identificação do sujeito fornecedor no que tange o fornecimento de produtos é a habitualidade, ou seja, o produto ou serviço deve ser fornecido de forma contínua, não eventual. Além disso, deve ser uma atividade de caráter profissional.

A noção de profissionalismo está vinculada a uma especialidade, um conhecimento especial e presumivelmente abrangente sobre dada atividade que se exerce, e cujas características essenciais são conhecidas, utilizando-se deste conhecimento como meio de vida. Nesse sentido, o profissional tem, em relação ao não profissional, uma superioridade em termos de conhecimento daquelas características do produto ou serviço que fornece. (MIRAGEM, 2016, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>).

No que diz respeito aos serviços, a lei traz uma definição mais ampla, considerando todos aqueles que desenvolvem atividades de prestação de serviços, mediante remuneração e de forma habitual. Marques (2014) aborda que é clara a intenção do legislador em abarcar um grande número de prestadores de serviços, tendo em vista que a parte contrária da relação contratual é um consumidor, sendo garantida maior proteção.

Também se incluem no conceito de serviço todas as atividades de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, com exceção das relações de emprego. (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>).

Ainda no âmbito dos serviços, é mister ressaltar uma questão relativa à remuneração: o artigo 3º, §2º do CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) a traz como elemento imprescindível, sendo ela “primordial à caracterização do serviço” (BONATTO, 2001, p. 29). Além disso, é possível classificar a remuneração como direta ou indireta, dando a ela um caráter amplo. De acordo com Nunes (2002), citado por Gregori (2007, p. 111),

para se estar diante de um serviço prestado sem remuneração, será necessário que, de fato, o prestador do serviço não tenha, de maneira alguma, se ressarcido de seus custos, ou que, em função da natureza da prestação do serviço não tenha cobrado o preço.

Quanto ao profissionalismo, o dispositivo legal não menciona de forma expressa sua necessidade, sendo necessária tão somente a habitualidade e a reiteração (MARQUES, 2014). É importante ressaltar ainda que o termo profissionalismo não exige uma formação específica, mas tão somente a existência

destes dois requisitos.

Além disso, com base no princípio da informação, o Código de Defesa do Consumidor afirma que incumbe aos fornecedores o dever de informar adequadamente aos consumidores, de forma clara e precisa, as características e peculiaridades dos serviços e produtos prestados e fornecidos.

### **2.3 A aplicação do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de planos de saúde**

A partir da abordagem acima, é possível constatar que a relação existente entre uma empresa seguradora de planos de saúde e o segurado é uma relação de consumo e que, conseqüentemente, incide o Código de Defesa do Consumidor.

Quanto ao objeto do contrato, têm-se um serviço, ou seja, “uma atividade econômica, livre à iniciativa privada, [...] enquadrada na hipótese descrita no § 2º do art. 3º da Lei Consumerista.” (GREGORI, 2007 p. 119). O serviço objeto do contrato tem como principal premissa uma obrigação de fazer, ou seja, as seguradoras de plano de saúde constituem um fundo comum, cuja fonte advém dos valores mensais desembolsados pelos segurados. Assim, este valor é distribuído por meio de contratos individualizados ou grupos. “Ao contrário de uma empresa comercial comum, a empresa de saúde não oferece à venda mercadorias a um público que tem para com ela relações episódicas. As relações são *one shot*.” (LOPES, 2002, citado por GREGORI, 2007, p. 118).

No que tange aos sujeitos da relação de consumo, é possível classificar as empresas que prestam o serviço de saúde suplementar como fornecedoras, tendo em vista que prestam o serviço mediante remuneração. Têm como função primordial reunir os valores percebidos em um fundo comum e distribuí-los conforme a necessidade. Assim, prestam um serviço futuro, pois frente à ocorrência de um evento danoso, proporcionam a cobertura. Por conta disso, o serviço prestado por tais fornecedoras é condicionado a um evento futuro.

O segundo sujeito da relação contratual é o consumidor e seus dependentes, que adquirem e utilizam os serviços como destinatários finais, enquadrando-se perfeitamente no conceito previsto no *caput* do artigo 2º do Código de Defesa do Consumidor (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>). No que tange aos dependentes, também é possível enquadrá-los ao conceito de consumidores, tendo em vista que também são usuários do plano. Já no que tange à coletividade, pode

ser enquadrada no conceito de consumidores equiparados, tendo em vista que sujeita à exposição de práticas comerciais, como dispõe o artigo 29 do mesmo código (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>).

É mister salientar que se faz presente nessa relação a presunção de vulnerabilidade do consumidor, fator fundamental para a existência de uma relação de consumo. O consumidor beneficiário dos planos de saúde, principalmente como paciente, possui uma peculiaridade frente aos demais, tendo em vista estar em uma situação de vulnerabilidade agravada, ou também chamada de hipervulnerabilidade. “Isso porque esse paciente, saudável ou mesmo enfermo, encontra-se em situação de sujeição aos males ou agravamento deles”. (MAIA, 2013, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>).

A Resolução CNSP 31 de 22 de dezembro de 1994, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados traz que o Código de Defesa do Consumidor deve ser aplicado a toda apólice de seguro de assistência médica ou hospitalar suplementar. (1994, <[www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)>). Além disso, em 06 de dezembro de 2010 foi editada pelo STJ a Súmula 469 que dispõe que “aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”. (2010, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>).

O Código de Defesa do Consumidor é também aplicado aos contratos anteriores à vigência do Código, que ocorre em decorrência de seu caráter sucessivo e não somente em razão de sua retroatividade.

## **2.4 O regime da responsabilidade civil nas relações de consumo**

O Código de Defesa do Consumidor disciplina, em seus artigos 12 e seguintes (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), as questões relativas à responsabilidade perante os vícios e danos causados pelos produtos ou serviços fornecidos.

Com o intuito de garantir a proteção integral do consumidor, o código adotou a teoria do risco, ou seja, todo aquele que exerce alguma atividade de consumo, colocando no mercado um bem ou serviço, responde pelos eventuais defeitos ou vícios do que é fornecido, independente de culpa (CAVALIERI FILHO, 2011).

Assim, conforme disposto no caput do artigo 12 do CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), o fornecedor responde “independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores”.

Não mais importa se o responsável legal agiu com culpa (imprudência,

negligência ou imperícia) ao colocar no mercado produto ou serviço defeituoso. Não é sequer relevante tenha ele sido o mais cuidadoso possível. Não se trata, em absoluto, de merda presunção de culpa que o obrigado pode ilidir provando que atuou com diligência. [...] Uma das grandes inovações do Código foi exatamente a alteração do sistema tradicional de responsabilidade civil baseada em culpa. A responsabilização do réu passa a ser *objetiva*. (BENJAMIN, 2014, p.172). (Grifo do autor).

No que tange aos responsáveis pela indenização, de acordo com Benjamin (2014), todos os agentes envolvidos com a produção e circulação de bens devem basear-se no dever de segurança. Em regra, havendo mais de um fabricante, serão eles solidariamente responsáveis pelos defeitos e danos causados, podendo estes utilizar da ação regressiva contra o real responsável. Já a responsabilidade do comerciante seria subsidiária.

Questão relevante que merece destaque é o ônus da prova do dano causado. Conforme ensina Benjamin (2014), cabe ao consumidor provar tão somente a existência do dano e do nexo causal. Além disso, o juiz poderá determinar a inversão do ônus da prova quando presentes os requisitos do artigo 6º, VIII do CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>): quando verossímil a alegação do autor, ou quando for ele hipossuficiente. Assim, caberá ao fornecedor o ônus de provar a não existência do defeito. Nesse sentido, ensina Cavalieri Filho (2011, p. 293):

No que diz respeito ao *nexo causal*, cumpre ressaltar que não se exige da vítima a prova do *defeito do produto*, apenas a prova do acidente de consumo. [...] se para a vítima é praticamente impossível produzir prova técnica ou científica do defeito, para o fornecedor isso é perfeitamente possível, ou pelo menos muito mais fácil. [...] O que não se pode é transferir esse ônus para o consumidor. (Grifos do autor).

A legislação consumerista ainda diferencia a responsabilidade do fornecedor pelo fato do produto ou serviço, e vício do produto ou serviço. De acordo com Cavalieri Filho (2014, p. 288):

Ambos decorrem de um defeito do produto ou do serviço, só que no *fato do produto* ou do serviço o defeito é tão grave que provoca um acidente que atinge o consumidor causando-lhe dano material ou moral. O defeito compromete a segurança do produto ou serviço. *Vício*, por sua vez, é defeito menos grave, circunscrito ao produto ou serviço em si; um defeito que lhe é inerente ou intrínseco, que apenas causa o seu mau funcionamento ou não funcionamento. (Grifos do autor).

Já quanto a responsabilidade pelo fato do serviço, disciplina o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>):

O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, **bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.** (Grifos próprios).

Quanto a responsabilidade do prestador de serviços, entende-se que todos os participantes de sua produção são solidariamente responsáveis pelos defeitos do serviço, na medida de sua participação (CAVALIERI FILHO, 2011). É mister ressaltar que, nos casos dos contratos de planos de saúde, a prestadora do serviço do plano é responsável, de forma concorrente, pela qualidade do atendimento oferecido em hospitais e por médicos (PASSARINHO, 2000).

O Superior Tribunal de Justiça também vem entendendo pela responsabilidade solidária do plano de saúde, juntamente com o hospital e médicos credenciados, por quaisquer danos causados ao paciente beneficiário (GALLOTI, 2017).

Assim, frente ao exposto, nota-se que, nos casos de danos causados ao paciente-consumidor, seja pelo hospital ou médicos credenciados, responderá o plano de saúde de forma solidária e independente de culpa. Ou seja, é perfeitamente aplicável a responsabilidade objetiva da operadora.

### 3 OS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Os chamados planos de assistência privada à saúde são contratos de prestação continuada que fazem parte da chamada saúde suplementar, prestada por particulares sob a fiscalização estatal. Permitem o acesso à profissionais ou serviços de saúde médica, hospitalar e odontológica a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, a depender do disposto no contrato (ANS, 2012, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>). Têm como fundamento a maior proteção à saúde e garantia de acesso a estes serviços, tendo em vista a crítica situação atual da saúde no país.

Os planos de saúde no Brasil crescerem de forma considerável nos últimos anos. Apesar de sofrerem a incidência do Código de Defesa do Consumidor, a regulação desse setor tornou-se mais efetiva somente no ano de 1998, com o advento da Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde Suplementar (Lei nº 9.656/98).

#### 3.1 A saúde suplementar

O direito à saúde é um direito fundamental garantido pela Carta Magna (1988, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) na forma de direito social, conforme dispõe o *caput* do artigo 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.

Apesar do Estado ter o dever de garantir a assistência à saúde, a iniciativa privada não é impedida de prestar o serviço, tendo em vista que não se trata de atividade exclusiva estatal. Porém, conforme prevê o artigo 197 da Constituição Federal (1988, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) cabe ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar tais atividades. É por meio da chamada Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que o Estado fiscaliza e controla a atuação das empresas que prestam serviços de saúde suplementar.

No âmbito público, o Estado presta a assistência à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, carece substancialmente de qualidade, fazendo com que a atuação da saúde suplementar seja essencial.

Conforme definição trazida pela ANS (2012, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>), entende-se

como saúde complementar a “atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público”. Assim, conforme a legislação vigente, mais precisamente no artigo 1º, I da Lei nº 9.656/98, Lei dos planos de assistência à saúde complementar (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), conceitua-se como plano privado de assistência à saúde a

prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, 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.

No que se refere as operadoras, a lei traz de forma taxativa as empresas que podem atuar no ramo, “com um rígido sistema de fiscalização, de modo a evitar que aventureiros ingressem nesse ramo, o que comprometeria grandemente todo o sistema” (RIZZARDO, et al., 1999, p. 21). O inciso II da supracitada lei (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), ensina que são operadoras de planos de assistência à saúde as pessoas jurídicas de direito privado constituídas na modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou de autogestão.

### **3.2 O panorama histórico dos planos de saúde no Brasil**

Há décadas a busca por assistência privada à saúde vem sendo uma alternativa à precariedade do sistema público, onde os planos de saúde têm papel fundamental. Historicamente, o crescimento da saúde complementar deu-se nos últimos 40 anos, quase que exclusivamente com a participação privada, gerando um crescimento sem controle ou acompanhamento, cuja função incumbiria ao Estado (GREGORI, 2007).

As ideias primárias dos planos de saúde estavam ligadas a instituições filantrópicas que, de forma solidária da própria população, arrecadavam fundos mútuos, destinados e distribuídos conforme a necessidade assistencial.

A primeira formalização se deu com o advento da Lei Eloy Chaves, aprovada em 24 de janeiro de 1923, marco base da consolidação do sistema previdenciário brasileiro, que também regulava a assistência à saúde. Foi a primeira norma que descentralizou a assistência à saúde, ou seja, transferiu parte da responsabilidade

do Poder Público para o setor privado. A lei criou as chamadas CAPs- Caixa de Aposentadoria e Pensão, mais precisamente destinada as empresas de estradas de ferro presentes no país, que posteriormente se expandiu para as demais categorias profissionais. Eram subsidiados pelos patrões e empregadores. (FERNANDES, 2002, citado por GREGORI, 2007).

Já a prática de aquisição de serviços médicos- hospitalares surgiu em 1933 com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões- IAP, desenvolvida pelo governo Getúlio Vargas. Originou-se então, a chamada “medicina previdenciária”. (GREGORI, 2007).

Foram nos anos 40 e 50 que empresas dos setores públicos e privados implementaram fundos de assistência médica, laboratorial e hospitalar para seus empregados e funcionários. É importante ressaltar a criação da Caixa de Assistência ao Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a Assistência Patronal para os Servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI, atual GEAP).

O funcionamento dessa forma de assistência privada à saúde baseava-se na captação de recursos de empregadores e seus empregados a fim de financiar uma assistência médico-hospitalar adicional à propiciada pelo Estado. Em regra, a prestação de serviços incluía o atendimento em estabelecimentos próprios ou no ambiente de trabalho, além de reembolsos. (TRETTEL, 2010, p. 29).

A década de 60 marcou o efetivo crescimento da contratação de redes de serviços particulares, chamados convênios médicos entre entidades empregadoras e empresas médicas. Nesse contexto, como explana Gregori (2007), a previdência transpassou às empresas, por intermédio de convênios, a responsabilidade pela assistência à saúde de seus empregados. A partir daí que surgem as empresas médicas ou grupos médicos, formadas em sua maioria por proprietários e acionistas de hospitais. Além disso, surgem as cooperativas médicas- as famosas Unimed- que prestam serviços médicos não só através de estabelecimentos próprios, mas também por estabelecimentos credenciados, fundadas na autogestão.

A efetiva posituação do seguro-saúde se deu com a edição, em 21 de novembro de 1966, do Decreto-lei nº 73, que passou a regular o Sistema Nacional de Seguros Privados, contando também com a criação do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e da Superintendência de Seguros Privados- SUSEP. A saúde suplementar trabalhava somente com o sistema de reembolsos, garantindo a livre escolha dos profissionais e serviços pelos contratantes, respeitados os limites

da apólice. Somente em 1989 que foi autorizada pela SUSEP a criação de uma

rede referenciada de profissionais em saúde, entidades hospitalares e serviços de apoio a diagnose e tratamento, como estratégia de competição no mercado, [...] vedada a manutenção de serviços próprios de atendimento médico hospitalar (GREGORI, 2007, p. 31).

Porém, as normas vigentes da época não estavam acompanhando o crescente desenvolvimento do setor, mostrando-se cada vez mais ineficazes, principalmente no âmbito fiscalizador. Eram frequentes os abusos praticados pelas seguradoras:

Não era permitida a escolha de profissionais médicas e hospitais. Limitava-se o período de internação. [...] Não vinham definidos os riscos cobertos. Previam-se reajustes aleatórios de contribuições e coberturas. Fixavam-se longos prazos de carência. Ficava prevista a rescisão unilateral ou imotivada do seguro. [...] Constava prevista a isenção da responsabilidade de males decorrentes de atos culposos ou dolosos. [...] Em letras miúdas, vinham relações e serviços de saúde excluídos dos planos. [...] Eram comuns cláusulas ilegíveis, vagas, de difícil compreensão, obscuras, não raramente dando poderes à pessoas da própria companhia seguradora para decidir em nome dos seguradores. E mais: cláusulas que agravavam as obrigações do segurado, que cumulavam seus encargos e que impunham a perda de prestações pagas. (RIZZARDO, et al., 1999, p. 17- 18).

Mesmo a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor e a ação de órgãos como o Procon e o Ministério Público não foram suficientes para coibir a abusividade das empresas seguradoras. Era cada vez maior a ocorrência de “denúncias por parte dos consumidores, crescendo o número de ações judiciais, inclusive coletivas e reclamações nesses órgãos” (GREGORI, 2007, p. 32).

Assim, em 3 de junho de 1998, entrou em vigor a atual Lei nº 9.656, que passou a regular de forma mais abrangente o sistema de saúde suplementar. “O processo de regulamentação do setor de planos de saúde foi difícil e truncado, com forte pressão de associações médicas e de consumidores, de um lado, e muita resistência das operadoras de planos de saúde, do outro”. (TRETTEL, 2010, p. 34). A lei trouxe um maior sistema de fiscalização, bem como penalidades para as empresas infratoras. Teoricamente, a nova legislação buscou garantir maior proteção ao consumidor.

### **3.3 A regulação da atuação das operadoras de planos de saúde**

O Estado, ao transferir a execução de alguma atividade econômica ao particular, deve assumir a função normativa e reguladora da atividade, o que

caracteriza o chamado Estado regulador. De acordo com Justen Filho (2016, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>),

o modelo regulatório propõe a extensão ao setor dos serviços públicos de concepções desenvolvidas na atividade econômica privada. Somente incumbe ao Estado desempenhar atividades diretas nos setores em que a atuação da iniciativa privada, orientada à acumulação egoística de riqueza, colocar em risco valores coletivos ou for insuficiente para propiciar sua plena realização. O Estado deve manter a participação no âmbito da segurança, educação e da seguridade social, evitando a mercantilização de valores fundamentais.

No Brasil, esta atividade é exercida pelas chamadas Agências Reguladoras, que são autarquias, ou seja, fazem parte da administração pública indireta. Além disso, são pessoas jurídicas de direito público, criadas por lei e dirigidas por um órgão colegiado, com o objetivo de regulamentar a prestação de bens e serviços relevantes ao interesse público. Possuem independência decisória, financeira, administrativa e gerencial. (GREGORI, 2007).

Compete às Agências Reguladoras, de forma mais específica,

a regulação setorial, que no Brasil abrange: implementar a política para o setor [...], expedir normas para o setor em que atuam; fiscalizar o cumprimento dessas normas pelos agentes a que se destinam; aplicar sanções pelo descumprimento das normas; fimir conflitos entre usuários e prestadores de serviços, entre prestadores de serviços, entre consumidores e fornecedores e outros, conforme seu âmbito de atuação; celebrar termo de compromisso de ajuste de conduta e fiscalizar sem cumprimento; solicitar informações aos agentes reguladores [...]; fixar critérios de controle de qualidade de serviços e produtos; interpretar dispositivos ou termos ou conceitos presentes na legislação do setor. (MEDAUAR, 2016, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>).

No âmbito da saúde suplementar, exerce esta função a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS. De acordo com o parágrafo único do artigo 1<sup>a</sup> da Lei nº 9.961/00 (2000, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), instituidora da agência, ela possui natureza autárquica especial, caracterizada pela sua autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas decisões e mandato fixo para dirigentes.

Em que pese seu caráter autônomo, a agência possui um contrato de gestão firmado com o Ministério da Saúde, que

estabelece os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e desempenho.[...] Evidentemente, em princípio, não pode a

Administração Central deliberar sobre matéria afeta à competência da Agência. [...] Contudo, não há dúvida de que, se a Agência desborda dos limites de suas competências legais, abre-se espaço para submissão de suas decisões ao Ministério o qual se encontra vinculada- no caso, o Ministério da Saúde” (GUEDES, 2014, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>).

Quanto a sua finalidade, conforme dispõe o artigo 3º da Lei nº 9.961/00 (2000, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), criadora da agência, deve promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar, regulando as operadoras, inclusive no âmbito da relação prestador-consumidor. Importante ressaltar que a agência “não regula todos os serviços de saúde, tais como: prestadores de serviços, médicos, hospitais, medicamentos, mas apenas as operadoras de planos de assistência à saúde” (GREGORI, 2007, p. 66).

Já quanto as competências da agência, prevê o artigo 4º da Lei 9.961/2000 (2000, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) que, além das atribuições básicas das agências reguladoras, cabe a ela exercer funções específicas normativas, poder de polícia e funções de fomento e promoção da qualidade e competitividade.

De acordo com a classificação feita por Guedes (2014, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>), dentre as funções normativas, estão o estabelecimento de características dos instrumentos contratuais na atividade das operadoras, os critérios de controle da qualidade dos serviços oferecidos, e a autorização de reajustes.

No âmbito do poder de polícia, cabe a agência autorizar o registro dos planos, monitorar a evolução dos preços, fiscalizar as atividades das operadoras e zelar pelo cumprimento das normas de funcionamento, bem como quanto a atuação das operadoras no que tange a abrangência das coberturas de patologias e procedimentos, entre outras.

Já quanto às funções de fomento e promoção, cabe a ANS adotar medidas que estimulem a competição no setor, bem como unir-se com os órgãos de defesa do consumidor, a fim de garantir a eficácia da proteção deste frente aos serviços de saúde suplementar, zelar pela qualidade dos serviços, dentre outros.

Ainda, a ANS é subordinada à direção do Conselho de Saúde Suplementar (Consu), tendo como atribuição principal a fixação de políticas públicas a serem executadas pela ANS (GREGORI, 2007).

Por fim, é importante ressaltar, conforme ensina Guedes (2014), que, sendo discricionários os atos emanados pela agência, somente poderá o Poder Judiciário

fazer o controle de legalidade.

### **3.4 Os contratos de assistência à saúde suplementar**

Como já abordado, os planos privados de assistência à saúde são prestados por pessoas jurídicas de direito privado, qual seja as operadoras de planos de assistência à saúde. No outro polo, encontram-se os consumidores, considerados hipervulneráveis. A relação jurídica formada entre as partes é formalizada a partir de um contrato, que sofre a incidência do direito do consumidor e são fiscalizadas pelo poder público.

Por serem contratos considerados tipicamente de consumo são, de forma geral, contratos de adesão, ou seja, não há liberdade de negociação das cláusulas, sendo elas preestabelecidas pelo fornecedor.

As contratações geram obrigações recíprocas, ou seja, o consumidor assume o compromisso de pagar mensalmente os valores da apólice e o fornecedor deve prestar os serviços de cobertura, na medida da necessidade do consumidor. Assim, são chamados de contratos sinalagmáticos. Também possuem o caráter de mutualísticos, tendo em vista que há a transferência das “consequências de uma perda para uma seguradora, que dividirá o valor entre os demais segurados”. (SCAFF, 2010, p. 48).

Além disso, são contratos de prestação continuada, de trato sucessivo por tempo indeterminado, criando assim uma relação contínua e reiterada entre as partes. Segundo Marques e Miragem (2015, <[www.proview.thomsonreuters.com](http://www.proview.thomsonreuters.com)>),

Os contratos de planos e seguro saúde são contratos cativos de longa duração, a envolver por muitos anos um fornecedor e um consumidor, com uma finalidade em comum, que é assegurar para o consumidor o tratamento e ajuda-lo a suportar os riscos futuros envolvendo a sua saúde, de sua família, dependentes ou beneficiários.

Uma característica marcante dos contratos de plano de saúde é a aleatoriedade, tendo em vista a presença do elemento risco. Tal elemento é considerado o objeto do contrato, que será transferido de forma onerosa, devendo o fornecedor prestar o serviço se ocorrer fato futuro ou incerto. No mesmo sentido, o consumidor só terá a cobertura se ocorrerem as situações previstas no instrumento contratual.

Por outro lado, Scaff (2010) entende que os contratos em tela não são

absolutamente aleatórios, tendo em vista que existe a chamada medicina preventiva. Nesse sentido, as questões vinculadas à saúde não seriam verdadeiramente imprevisíveis.

É evidente, ademais, que outras doenças estão vinculadas a questões degenerativas, próprias do decorrer da vida humana e que surgem como conseqüentes à chegada da velhice, em especial. Sendo assim, moléstias que no passado não se viam com tanta frequência tornaram-se mais comuns, justamente em virtude do aumento da idade média das populações e da maior expectativa de vida [...]. Desse modo, o chamado *índice de sinistralidade* mantém uma proporção direta com as diversas faixas etárias em que se situem os indivíduos segurados. (SCAFF, 2010, p. 43). (Grifos do autor).

Marques (2014) ensina que os contratos de plano de saúde são de cooperação e solidariedade, ou seja, há responsabilidade de todos os envolvidos na relação contratual, tanto no âmbito da prestação direta do serviço, quanto na empresa fornecedora do plano.

#### **3.4.1 O contrato de plano de saúde e o seguro-saúde**

Inicialmente, a Lei nº 9.656/98 distinguia os planos saúde e os planos de seguro-saúde. Atualmente, a partir da alteração trazida pela Medida Provisória nº 2.177-44 de 2001, traz somente a figura das operadoras de planos de assistência à saúde que, conforme o inciso I do artigo 1º da supracitada lei (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), engloba o

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 [...].

Apesar disso, é importante ressaltar que existem diferenças entres os “planos de saúde” e os “seguros-saúde”, tendo em vista que se diferenciam quanto a forma de contratação. Explica Marques (2014, p. 534-535):

Teoricamente, este contrato de seguro-saúde ainda existe como possibilidade, mas nenhuma das antigas seguradoras informou à ANS- Agência Nacional de Saúde complementar de que continuaria a usar seus contratos de seguro-saúde, preferindo todas, de forma unânime, passar a usar contratos de planos de saúde como regulados pela lei nova.

A modalidade de seguro-saúde visa o ressarcimento das despesas médico

hospitalares a partir da livre escolha do segurado nos limites previstos na apólice. Ensina Cavalieri Filho (2011) que, de todos os tipos de operadoras de planos de saúde, a modalidade do seguro é a única que possibilita a livre escolha dos profissionais pelo consumidor, com posterior reembolso das despesas.

Já na modalidade de planos de saúde propriamente dita, conforme definição trazida por Scaff (2010), a própria empresa de planos de saúde deve assumir a obrigação de prestar os serviços pretendidos pelo consumidor por meio dos profissionais prestadores de serviços médicos, hospitalares e laboratoriais credenciados. Apesar da previsão do prévio credenciamento das prestadoras do serviço, as empresas de plano de saúde ainda podem realizar, de forma total ou parcial, o reembolso das despesas dos contratantes, agindo de forma semelhante às seguradoras.

Os planos de saúde, mesmo que se considerem diferentes de contratos de seguro, são muito próximos a eles e funcionam de forma semelhante. Uma empresa que ofereça planos de saúde e uma organização que constitui um fundo comum, cuja distribuição se faz por meio de contratos individualizados ou por meio de grupos constituídos. (LOPES, 1999, p. 31).

Atualmente, conforme ensina Cavalieri Filho (2011), a modalidade mais comum utilizada pelas operadoras de planos de saúde é o contrato misto, ou seja, há a livre utilização dos serviços médicos conveniados, na modalidade de pré-pagamento. A possibilidade de reembolso é utilizada somente nos casos de tratamentos mais caros, em outras cidades ou até mesmo fora do país.

Apesar da diferenciação trazida pela doutrina, as operadoras de assistência à saúde suplementar possuem objetivos comuns, qual sejam “o tratamento e a segurança contra os riscos envolvendo a saúde do consumidor e de sua família ou dependentes” (MARQUES, 2014, p. 530).

### **3.4.2 As formas de contratação: planos individuais, familiares e coletivos**

Os planos de saúde, ao se submeterem ao mercado de consumo, podem apresentar duas formas distintas de contratação: os planos individuais/familiares e coletivos. Regula a matéria a Resolução Normativa nº 195 da ANS (2009, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>).

Os planos individuais ou familiares são aqueles em que o consumidor, pessoa física, contrata diretamente o plano com a operadora, com a possibilidade e inclusão do grupo familiar ou dependentes (GREGORI, 2007). Prevê o artigo 13,

parágrafo único, inciso II da Lei dos Planos de Saúde (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) a vedação da rescisão unilateral do contrato por parte da operadora, salvo nas hipóteses de constatação de fraude, ou atraso no pagamento das mensalidades por período superior a sessenta dias, nos últimos doze meses de vigência do contrato, devendo ser devidamente notificado o consumidor.

Já os planos coletivos são aqueles realizados entre uma operadora e uma pessoa jurídica, que destinará os serviços à uma população determinada a ela vinculada (ANS, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>). Quanto aos reajustes, informa o IDEC (2014, <[www.idec.gov.br](http://www.idec.gov.br)>) que geralmente são maiores que os impostos aos contratos individuais e não são regulados pela ANS. Quanto à rescisão contratual, afirma que a ANS impõe uma única restrição no que diz respeito a data da mesma, que deverá ocorrer somente na oportunidade do aniversário do contrato, no qual dispõe expressamente o artigo 19 da RN nº 195 da ANS (2009, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>).

Importante ressaltar que, de acordo com o artigo 16 da RN nº 195 da ANS (2009, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>), para o vínculo dos beneficiários aos planos de saúde empresariais, não deverão ser feitas exigências diversas se não as necessárias para ingresso na pessoa jurídica contratante.

De acordo com Gregori (2007), os planos coletivos poderão ser por meio de contratação coletiva empresarial ou por adesão.

Os contratos de contratação coletiva empresarial estão vinculados a determinada pessoa jurídica, cujo vínculo pode ser empregatício, associativo ou sindical. A adesão ocorre do momento da contratação do plano ou no ato da vinculação do empregado ao empregador, ou seja, é automática. Há a possibilidade de inclusão de dependentes ou familiares. (GREGORI, 2007).

Já a “contratação coletiva por adesão é aquela que oferece cobertura para uma massa delimitada de consumidores, mas a adesão é espontânea e opcional do funcionário, associado ou sindicalizado”. (GREGORI, 2007, p. 145).

O art. 23 da nº 195 da ANS (2009, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>) ainda dispõe sobre as formas de contratação, tanto dos planos coletivos empresariais, quanto dos coletivos por adesão. De acordo com Gregori (2007), podem ser com ou sem patrocinador.

No contrato coletivo com patrocinador, a pessoa jurídica paga, de forma parcial ou total, os valores do plano à operadora. Já no contrato coletivo sem patrocinador, o consumidor paga a integralidade dos valores diretamente à operadora, sem intermédio da pessoa jurídica.

### 3.4.3 A adaptação dos contratos firmados anteriormente à Lei nº 9.656/98

O advento da nova Lei dos Planos de Saúde trouxe significativas mudanças no cenário dos planos de saúde no Brasil, incidindo significativamente na formação e nos termos de contratação.

A própria lei, em seu artigo 35 (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), prevê as formas de aplicação da nova legislação:

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.

O dispositivo legal colacionado revela o caráter irretroativo das determinações da lei, não podendo ser aplicada, de forma automática, aos contratos celebrados antes da sua vigência.

Porém, a partir da análise do supracitado artigo, é possível concluir três aspectos que determinam a aplicação da legislação: os contratos firmados antes da vigência da Lei nº 9.656/98; os contratos firmados no interregno de 02/09/1998 e 01/01/99; e os contratos firmados a partir de 01/01/99.

A primeira versão da Lei dos Planos de Saúde impunha um prazo de 90 dias para que os contratos anteriores à sua vigência fossem adaptados. Para tanto, os consumidores detinham um prazo, o qual iniciava no dia 03/06/1998, data da entrada em vigor da nova lei, e tinha fim no dia 02/09/1998 (BOTTESINI e MACHADO, 2014).

No entanto, foi promulgada, em 01/01/1999, a Medida Provisória 1.976, que suprimia “o prazo e a obrigatoriedade de adaptação dos contratos de planos privados de assistência à saúde” (BOTTESINI e MACHADO, 2014, p. 331). A partir daí a oferta de adaptação tornou-se vinculativa a operadora e facultativa ao consumidor (BOTTESINI e MACHADO, 2014). Assim, é possível concluir que, nesse período, caso o consumidor não requeresse a adaptação, seu contrato ficaria sob a égide da legislação antiga. Ou seja, o beneficiário tinha direito adquirido sobre sua contratação.

O consumidor, ao aceitar a adaptação do contrato e existindo eventual aumento na cobertura do plano, conforme previsto no § 2º do artigo 35 da Lei nº 9.656/98 (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), poderá se submeter a um conseqüente

aumento de valores. Porém, a composição da base de cálculo deve ser equivalente aos itens correspondentes ao aumento da cobertura e, caso seja verificada a incoerência do valor, a ANS deverá determinar sua alteração.

É de se prever que sendo aceita a adaptação pelo pagamento do novo valor, a operadora não voltará a receber o valor antigo e excluirá do plano o consumidor que não se precata adequadamente, seja demandando o retorno à situação anterior, comprovando o próprio equívoco ou a conduta ilegal da operadora. “Os *direitos adquiridos* pelo consumidor com as estipulações do plano anterior são mantidos e são acrescentados outros *direitos* cuja incorporação fica à escolha da operadora com as correspondentes modificações na equação atuarial de cada espécie de plano. Com essa faculdade, a operadora pode fazer um *mix* de serviços que acabará implicando aumento real do preço da mensalidade, ou uma redução de seus custos operacionais, tudo absolutamente de acordo com a lei” (BOTTESINI e MACHADO, 2014, p. 332). (Grifos do autor).

Importante ressaltar ainda, a previsão dos parágrafos 5º e 6º do artigo 35 da Lei dos Planos de Saúde (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), que determina o caráter personalíssimo dos contratos não adaptados a nova lei, sendo garantida apenas ao titular, seus dependentes já inscritos-salvo novo cônjuge e filhos-, sendo vedadas a transferência ou sucessão da titularidade. Além disso, deverão permanecer por tempo indeterminado, restritamente a esses consumidores, e extintos para fins de comercialização. Nestes termos:

§ 5º: A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros.

§ 6º: Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização.

Além disso, em que pese a existência da norma que traz a irretroatividade da nova Lei dos Planos de Saúde, os tribunais vêm entendendo pela parcial aplicabilidade automática da nova lei. Ou seja, considerando que os contratos em questão são de trato sucessivo, renováveis com o tempo, irão se submeter à nova norma nas questões protetivas e de ordem pública, principalmente no que diz respeito a cláusulas abusivas.

Assim, ao serem renovados e não se submetendo a adaptação prevista em lei, os contratos antigos, de forma automática, serão submetidos a atual lei tão

somente nos aspectos que dizem respeito a proteção do usuário consumidor.

Nesse sentido, destaca-se o entendimento firmado pelo Ministro Massami Uyeda (2012, p. 3), que segue a orientação majoritária do tribunal:

[...] Observa-se que em recente julgado a egrégia Terceira Turma deste Tribunal, se posicionou no sentido de que, embora a Lei n. 9656/98 não retroaja aos contratos celebrados antes de sua vigência, é possível aferir, nestas avenças, a abusividade de cláusulas à luz dos ditames da legislação consumerista, ainda que tais contratos tenham sido firmados antes mesmo da vigência do próprio CDC. Na realidade, o contrato de seguro de saúde é obrigação de trato sucessivo, que se renova ao longo do tempo e, portanto, se submete às normas supervenientes, especialmente à de ordem pública, a exemplo do CDC, o que não significa ofensa ao ato jurídico perfeito. [...]

Assim, as inúmeras determinações editadas com o intuito de regular os contratos adaptados, principalmente por meio das Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs) da ANS, reguladora de tais adaptações, trouxeram certa instabilidade jurídica, gerando aumento da procura pelo Poder Judiciário por parte dos beneficiários.

De acordo com Bottesini e Machado (2014), a edição dessas resoluções desencadeou os chamados “novos direitos”. O elevado número de normas editadas pela agência fez com que algumas delas ficassem em desacordo com o texto da lei, bem como impondo às operadoras de planos de saúde algumas obrigações que ultrapassam os limites da norma, tanto no âmbito de atividade das operadoras, quanto no poder regulamentador da ANS. A criação desses “novos direitos” é em decorrência de normas jurídicas indeterminadas, não específicas a situação concreta.

Assim, apesar da própria lei permitir a adaptação ou manutenção dos chamados contratos antigos, muitas operadoras ainda atuam em desconformidade, não restando outra alternativa ao consumidor se não buscar a tutela do poder judiciário.

#### 4 AS CLÁUSULAS ABUSIVAS NOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE

O direito dos contratos, aqui inseridos também os que sofrem a incidência do direito do consumidor, é regido por diversos princípios que regulam as relações jurídicas contratuais. Dentre eles, destaca-se o princípio da autonomia da vontade, que garante a liberdade contratual das partes.

Porém, com o crescimento da industrialização e a complexidade das relações contratuais, a discriminada liberdade de contratar passou a provocar evidente desequilíbrio em relação a parte economicamente mais vulnerável (GONÇALVES, 2015). Nesse sentido, o princípio da supremacia da ordem pública toma lugar, tendo em vista que limita a ampla liberdade de contratar, evitando as abusividades que dela decorrem.

Cavaliere Filho (2011) defende que as abusividades aqui referidas são decorrentes do abuso de direito previsto no artigo 187 do Código Civil (2002, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) que prevê: “Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes”. De acordo com o autor, o fornecedor, vinculado a ideia tradicional da liberdade contratual, estabelece determinadas situações que excedem os limites da boa-fé e dos costumes. Isso gera uma situação abusiva, colocando o consumidor em desvantagem.

A partir disso, é possível conceituar como prática abusiva “a desconformidade com os padrões mercadológicos de boa conduta em relação ao consumidor.” (BENJAMIN, 2014, p. 295). Além disso, conceitua o artigo 39 do CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) como prática abusiva “exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva”.

A partir da análise do parágrafo primeiro do artigo 51 do Código de Defesa do Consumidor (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) é possível constatar o que o código entende por “vantagem manifestamente excessiva”:

[...] § 1º Presume-se exagerada, entre outros casos, a vantagem que:  
 I - ofende os princípios fundamentais do sistema jurídico a que pertence;  
 II - restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou equilíbrio contratual;  
 III - se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares ao caso.

No que diz respeito aos contratos de planos de saúde, seu caráter adesivo,

ou seja, a impossibilidade de discussão das cláusulas impostas, gera, em determinados casos, um evidente desequilíbrio na relação de consumo. Tal desequilíbrio decorre da presença das chamadas cláusulas abusivas, que são impostas ao consumidor que, por necessitar dos serviços ou produtos, são obrigados a aceitar o contrato da forma estabelecida pelo fornecedor. Assim, segundo Benjamin (2014, p. 295), as práticas abusivas “[...] comportam-se como gênero do qual as cláusulas [...] são espécie”

De acordo com Mandelbaum (1996, p. 208):

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

O Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 51 (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), dispõe que as cláusulas abusivas são nulas de pleno direito, trazendo em seus incisos um rol de condutas que se enquadram nessa categoria. Considerando que tais hipóteses são exemplificativas- o termo “entre outras” deixa isso claro- é possível identificar diferentes abusividades a partir da análise do caso concreto.

Dentre os incisos do supracitado artigo, é possível destacar o disposto no inciso IV (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), que afirma que são nulas as cláusulas que “estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou que sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”.

A partir da análise do dispositivo supracitado, é possível constatar seu caráter amplo, abarcando diversas práticas geradoras de nulidade. A doutrina o classifica como o “principal dispositivo relativo a nulidades de cláusulas contratuais nas relações de consumo” (BESSA, 2014, p. 400).

Isso porque destaca o ideal dos princípios da boa-fé e equilíbrio do contrato. De acordo com Miragem (2016), a referida norma abre uma possibilidade de ampliação do entendimento jurisprudencial, baseado em tais princípios.

Como se observa, é disposição aberta que muito depende de labor hermenêutico do aplicador do direito para preenchimento, em concreto, do seu conteúdo. O juiz possui boa margem de liberdade na análise de eventual nulidade de cláusula contratual, com fundamento no artigo 51, IV. Daí a *maior* necessidade de bem fundamentar as decisões judiciais que, com base no dispositivo, declarem a nulidade da cláusula contratual.

(BESSA, 2014, p. 400-401). (Grifo do autor).

A partir disso, é possível destacar que tais abusividade podem se manifestar nas fases contratuais, pré- contratuais e pós- contratuais (BENJAMIN, 2014). Ensina Cavalieri Filho (2011, p. 166):

Esta regra, a rigor, está contida na disposição do art. 51, IV do CDC, só que lá a abusividade é identificada em contrato já existente, o que torna a cláusula contratual nula, enquanto aqui a exigência de vantagem excessiva é feita no momento da formação do contrato, muitas vezes até como condição para a sua celebração.

Além disso, para se verificar a abusividade da cláusula, passível de anulação, é importante identificar se esta está de acordo com o princípio da boa-fé. Conforme ensina Bonatto (2001), o tal princípio encontra-se a forma objetiva, ou seja, observa-se o efeito da abusividade, não a intenção dolosa do fornecedor. Assim, de acordo com Schmidt (2010, p. 218): “Em relação a esses instrumentos negociais, divorciados da boa-fé negocial, o regime geral imposto pelo diploma consumerista pátrio revela que a sanção cabível é a nulidade”.

Em uma, a boa-fé objetiva impõe um comportamento de lealdade e cooperação durante todo o contrato, mormente quando de longa duração, uma atividade de lealdade legitimamente esperada nas relações de consumo. [...] essa boa fé objetiva é bilateral, é via de mão dupla, pelo que gera deveres anexos para o segurador e para o segurado. Assim, como o segurador não pode fazer publicidade enganosa, nem incluir no contrato cláusula abusiva para enganar ou induzir a erro o segurado, não pode também este fazer declarações falsas na proposta de seguro, nem agravar o seu risco sem comunicá-lo ao segurador. (CAVALIERI FILHO, 2011, p. 244).

Dentre as hipóteses previstas no art. 51 do CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), é importante ressaltar duas delas, tendo em vista a constante ocorrência nos contratos de planos de saúde: a cláusula de não indenizar e a cláusula limitativa de direito.

Na primeira, o fornecedor se exime da responsabilidade sobre uma obrigação descumprida, ou seja, é claramente abusiva. Já na cláusula limitativa de direito, o fornecedor restringe sua obrigação. Conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 54 do CDC (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), em regra, tal cláusula será válida e eficaz, tendo em vista a ideia de que ninguém poderá ser coagido a assumir obrigação maior de que possa cumprir. Porém, serão abusivas caso não estiverem expressamente previstas no contrato, de forma clara, objetiva e precisa,

considerando o princípio consumerista da informação (CAVALIERI FILHO, 2011).

No âmbito dos contratos de planos de assistência à saúde suplementar existem específicas cláusulas abusivas que são impostas aos consumidores. Estes acabam se submetendo à tais abusividades, não ocasionalmente por carência de informação.

Os contratos que contém as referidas cláusulas abusivas, muito frequentemente, passam a ser analisados pelo Poder Judiciário. Tendo em vista o caráter limitativo dos direitos dos aderentes, os consumidores buscam o reconhecimento da nulidade de tais cláusulas. Assim, a grande demanda envolvendo os planos privados de saúde vem gerando uma verdadeira judicialização da saúde.

#### **4.1 A judicialização das relações contratuais de prestação de serviços de saúde suplementar**

A Constituição Federal, mais precisamente no inciso XXXV do artigo 5º (1988, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), consagra: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito”. Tendo como base tal preceito constitucional, é importante ressaltar a corriqueira a presença de demandas envolvendo a saúde, o que consagra, cada vez mais, a ideia de judicialização desse setor. Nesse contexto, é impossível descartar a incidência de conflitos envolvendo os planos de saúde privados.

Essa constante intervenção do Poder Judiciário é sinal de que o setor apresenta falhas e que a atuação dos órgãos administrativos fiscalizadores não vem sendo suficientes para coibir a incidência de práticas abusivas e em desacordo com as normas. “A identificação dos tipos de demandas sobre planos de saúde encaminhadas ao judiciário e o seu volume é um importante indicativo social, expõe as falhas de regulamentação e permite melhor compreender o impacto da atuação estatal.” (TRETTEL, 2006, p. 75).

De acordo com Carlini e Sarlet (2017), os tribunais tem decidido reiteradamente a respeito do direito à saúde com fundamento na dignidade da pessoa humana, no sentido de que a proteção à saúde é um direito subjetivo do cidadão. Seria um direito passível de proteção e vinculativo do Estado, sem excluir desse contexto o direito à vida. Além disso, em determinados casos, há inclusive a aplicação de indenização por danos morais.

Trettel (2006) destaca que a maior parte dos conflitos envolvem negativa de cobertura, bem como sua limitação. Nesse sentido, há uma clara contraposição de direitos fundamentais, o que cabe ao julgador sopesá-los, tendo como base não só a própria convicção, mas os valores preponderantes à sociedade.

É importante ressaltar que existem demandas que tratam de situações diversas, que não necessariamente envolvem prévia disposição nos contratos regulares. Aí é possível destacar o pedido de fornecimento de medicamentos não autorizados pela ANVISA e acesso a tratamentos não aprovados por médicos ou operadoras de saúde, em decorrência de seu caráter experimental (CARLINI E SARLET, 2017). Porém, o estudo irá se ater tão somente à revisão da abusividade.

Nesse sentido, é recorrente a busca do controle judicial por parte dos consumidores no que tange a anulação das cláusulas abusivas presentes nos contratos de planos de saúde. A esse respeito, é imprescindível destacar que,

por ser matéria de ordem pública, a nulidade de pleno direito das cláusulas abusivas nas relações contratuais de consumo não é atingida pela preclusão, de modo que pode ser alegada, a qualquer tempo e em qualquer grau de jurisdição (BONATTO, 2001, p. 123).

Além disso, conforme já mencionado, o reconhecimento da abusividade das cláusulas é matéria de ordem pública, existe a possibilidade do reconhecimento pelo juiz de ofício. Assim entendeu o desembargador Marcelo de Resende Castanho (2015, <[www.tj-pr.jusbrasil.com.br](http://www.tj-pr.jusbrasil.com.br)>):

RECURSO INOMINADO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE RESTITUIÇÃO DE VALORES C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECUZA DO PLANO EM AUTORIZAR MATERIAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA. LENTE DE CONTATO. RESTITUIÇÃO DO VALOR PAGO. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM ARBITRADO EM R\$5.000,00 (CINCO MIL REAIS). PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. DECLARAÇÃO DE NULIDADE DE CLÁUSULA. AUSÊNCIA DE JULGAMENTO EXTRA PETITA. POSSIBILIDADE DE RECONHECER NULIDADE DE CLÁUSULA ABUSIVA DE OFÍCIO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. Recurso da autora provido. Recurso do réu desprovido. Resolve esta Turma Recursal, por maioria de votos, conhecer dos recursos e, no mérito, negar provimento ao recurso do réu e dar provimento ao recurso da autora, para o fim de, reformando parcialmente a sentença atacada, condenar o réu ao pagamento de indenização por danos materiais, nos exatos termos do voto. RI 0082202-83.2014.8.16.00140/PR, Rel. MARCELO DE RESENDE CASTANHO, SEGUNDA TURMA, julgado em 12/11/2015. (Grifado no original).

É mister mencionar que a decisão foi fundamentada com base no artigo 51 do CDC (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), bem como a aplicação da situação mais

benéfica ao consumidor.

No que diz respeito a forma de controle judicial, Bonatto (2001) divide em duas: o controle judicial em abstrato e o controle judicial em concreto. Será em abstrato quando ocorrer antes da utilização do contrato no mercado, ou seja, a intenção unilateral do fornecedor. Isso ocorre de forma preponderante nos contratos de adesão. Já de modo concreto, ocorre a análise judicial dos contratos já perfectibilizados e aderidos pelos consumidores. Ambas as formas são aplicáveis no contexto dos contratos de plano de saúde suplementar.

Outrossim, o controle judicial deve considerar a existência de diferentes tipos de planos. A própria Lei 9.656/98 prevê essas formas, que também devem estar em consonância com as normas gerais previstas no Código de Defesa do Consumidor.

O art. 10 da Lei 9.656/98 (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) prevê a cobertura padrão mínima que são oferecidos pelos planos de saúde. Porém, o artigo 12 da mesma supracitada lei (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) prevê uma cobertura mais restrita e segmentada. Nesse sentido, cada empresa prestadora de serviço de saúde suplementar pode oferecer diversos tipos de planos, com o intuito de facilitar o acesso aos consumidores, desde que atingidos os requisitos impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assim, o julgador, ao promover a revisão dos contratos, deve considerar o estabelecido no contrato, desde que legalmente previsto (SOUZA, 2008, citado por THEWES, 2015).

No que tange a incidência das demandas nos tribunais superiores, Trettel (2006) aborda que o STJ é a última instância a se manifestar quanto ao mérito nas demandas que envolvem as empresas de planos de saúde. Isso porque, em sede de STF, não há o reconhecimento dos recursos, tendo em vista que a revisão contratual é considerada apenas ofensa reflexa à Constituição. Além disso, é recorrente o fundamento na súmula 279 do STF (1964, <[www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br)>), que não admite recurso extraordinário para simples reexame de prova, bem como a súmula 454 do mesmo tribunal (1964, <[www.stf.jus.br](http://www.stf.jus.br)>): “Simple interpretação de cláusulas contratuais não dá lugar a Recurso Extraordinário”.

Tendo em vista que o STF é o guardião da Constituição Federal, sua omissão pode ser vista como carência de proteção dos direitos fundamentais, no caso, a saúde.

[...] cabe ao STF a análise de recursos quando a decisão recorrida contraria dispositivo da Carta Magna [...]. Considerada essa norma de competência material, não se pode negar que o silêncio do STF nas demandas que envolvem planos de saúde, no que diz respeito à análise de mérito, em nada contribui para a afirmação do direito à saúde como direito fundamental

presente e preponderante nas relações que ocorrem em sede dos planos de saúde, mesmo sendo estas relações entre particulares. (TRETTEL, 2006, p. 78).

Os tribunais como um todo devem agir de forma a garantir a efetiva proteção ao consumidor frente às abusividades impostas nos contratos de planos de saúde, dentro de sua competência. Isso é alcançado com a efetiva aplicação das normas atinentes ao tema, sempre com atenção aos preceitos fundamentais contidos na própria Constituição Federal.

## **4.2 O reconhecimento das abusividades pelo poder judiciário**

A seguir, serão apresentadas as principais abusividades decorrentes dos contratos de planos de saúde, a partir da análise de julgados do Superior Tribunal de Justiça dos últimos dez anos. Em todos os casos pesquisados, o autor das demandas são os consumidores usuários dos planos de saúde.

São elas: cláusula limitadora do tempo de internação, a negativa de cobertura de próteses, órteses e *stends*, reajuste contratual por mudança de faixa etária, imposição de carência para casos de urgência ou emergência, negativa de cobertura sob a alegação de existência de doença ou lesão preexistente, a rescisão unilateral do contrato, dentre outras.

O número elevado de situações conflituosas envolvendo os planos de saúde evidencia a questão da judicialização, abordada anteriormente. Cada vez mais, o STJ vem uniformizando entendimentos através de súmulas e orientações jurisprudenciais, a fim de encontrar a melhor solução ao caso concreto.

### **4.2.1 Negativa de cobertura de próteses, órteses e *stents***

É recorrente, inclusive em procedimentos cirúrgicos, a necessidade de utilização das chamadas próteses, órteses ou *stents*. Ocorre que as empresas prestadoras de planos de saúde, não raramente, excluem da cobertura tais materiais.

De acordo com Bottesini e Machado (2015), a chamada prótese é utilizada em substituição de partes do corpo humano danificadas em decorrência de doenças ou acidentes, ou aquelas necessárias após procedimentos cirúrgicos. Entre as próteses, estão as válvulas cardíacas, placas e pinos.

Já as órteses “são aparelhos com a função complementar ou auxiliar de alguma função orgânica diagnosticada como deficitária. Entre as mais conhecidas figuram marca-passos cardíacos” (BOTTENSINI e MACHADO, 2015, p. 73).

Quanto aos *stents*, conceitua Schmitt (2010, p. 227):

É uma estrutura revolucionária, que serve para evitar o encaminhamento de um paciente que sofre de obstrução do sistema arterial a um procedimento de maior risco, como é o caso da cirurgia para colocação de ponte de safena. Assim, no procedimento designado de “angioplastia coronária”, alcança-se o ponto de estrangulamento da artéria, e lá é posto o *stent*, por meio de um cateter, para que aquela seja mantida aberta, normalizando o fluxo sanguíneo do paciente.

De acordo com o artigo 12, II, da Lei dos Planos de Saúde (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), deve a empresa prestadora do plano de saúde fazer o custeio dos materiais utilizados nos procedimentos em que houver cobertura. Além disso, o artigo 10, VII da mesma supracitada lei (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), é claro ao afirmar que o plano de referência deverá custear as próteses, órteses e *stents* necessários ao procedimento cirúrgico.

Ou seja, em razão da indicada norma, estar-se-ia eliminando da cobertura do plano de saúde apenas às próteses e órteses relacionadas a procedimentos com **fins estéticos**, como é o caso das cirurgias plásticas embelezadoras, nas quais são utilizadas próteses mamárias de silicone, por exemplo. (SCHMITT, 2010, p. 224). (Grifo próprio).

Com base na lei, a jurisprudência vem entendendo no sentido de que, se a cirurgia ou tratamento de doença na qual está submetido o paciente estiver coberta pelo plano, as próteses, órteses e *stents* deverão ser igualmente custeados. “Não cabe à operadora negar-se a fornecer os materiais necessários para a sua realização, sob pena de subtração da finalidade do negócio jurídico” (TRETTEL, 2010, p. 106).

É nesse sentido que vem entendendo o Superior Tribunal de Justiça, sob o relatório do ministro Marco Aurélio Bellizze (2016, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA IMPLANTE DE MARCA-PASSO. RECUSA INDEVIDA. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA CORTE. SÚMULA 83/STJ. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. NECESSIDADE DE REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. O Colegiado estadual julgou a lide de acordo com a convicção formada pelos elementos fáticos existentes nos autos, concluindo pela injusta

negativa de cobertura ao procedimento médico solicitado. Portanto, qualquer alteração nesse quadro demandaria o reexame de todo o conjunto probatório, o que é vedado a esta Corte ante o óbice da Súmula n. 7 do STJ.

2. Essa Corte possui orientação pacífica segundo a qual "é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde o custeio dos meios necessários ao melhor desempenho do tratamento" (AREsp n. 354.006/DF, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 12/8/2013). Incidência, no ponto, do óbice da Súmula 83/STJ.

3. Levando-se em consideração as particularidades do caso e os parâmetros utilizados por este Tribunal Superior em situações análogas, verifico que a quantia indenizatória fixada em R\$ 10.000,00 (dez mil reais) não se mostra desproporcional e sua revisão demandaria, inevitavelmente, o reexame de matéria fático-probatória, o que é vedado pela Súmula n. 7 do Superior Tribunal de Justiça.

4. Agravo interno improvido. AgInt no AREsp 894.279/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/08/2016, DJe 15/08/2016. (Grifado no original).

Porém, há casos específicos que não se enquadram diretamente no texto da lei. É o caso, por exemplo, da necessidade de colocação de prótese decorrente de complicações do ato cirúrgico. É possível verificar tal situação no julgamento relatado por Carlos Alberto Menezes Direito (2003), em que o segurado necessitava de prótese urinária, decorrente de complicação oriunda de cirurgia.

No caso em questão, entendeu o relator pelo custeio da prótese urinária pelo plano de saúde, tendo em vista que a necessidade da utilização é consequência do ato cirúrgico, coberto pelo plano. Assim, relatou o ministro Carlos Alberto Menezes Direito (2003, p.7):

[...] Tenho que a posição mais acertada não é a indiscriminada declaração de abusividade de cláusulas limitativas, mas sim o estudo do caso concreto, levando em conta as suas nuances, as peculiaridades identificadas. Na minha compreensão, em casos como o presente o julgador deve observar sempre a ligação do que pretende o segurado com a patologia coberta pelo Plano; se a cobertura desejada está vinculada a um ato ou procedimento coberto, sendo patologia de consequência, não se pode considerar como incidente a cláusula proibitiva, sob pena de seccionarmos o tratamento que está previsto no contrato. [...]

Outra situação que recorrentemente ocorre é quando há recomendação pelo médico para a utilização de próteses ou *stents* em cirurgia, a fim de evitar maiores complicações. Assim, há a recusa do custeio pelo plano, sob o argumento de que o procedimento é eletivo. Assim, conforme ensina Bottesini e Machado (2015, p. 73):

[...] a solução tem sido dada pelo Poder Judiciário, em geral imputando à operadora do plano [...] o encargo de proporcionar a prótese ou a órtese, se o tratamento recomendado não puder ser adiado nem executado sem a utilização daqueles acessórios. [...]

Assim, é possível constatar que é pacífico o entendimento do STJ no sentido

de que é “[...] abusiva a cláusula restritiva de direito que prevê o não custeio de prótese, imprescindível para o êxito do procedimento cirúrgico coberto pelo plano, sendo indiferente, para tanto, se referido material é ou não importado. [...]” (UYEDA, 2008, <www.stj.jus.br>).

#### **4.2.2 Reajuste contratual por mudança de faixa etária**

O reajuste contratual por mudança de faixa etária remete diretamente à proteção ao idoso, trazida inclusive pela norma constitucional em seu artigo 230 (1988, <www.planalto.gov.br>): “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

A fim de consolidar tal proteção, foi promulgado o Estatuto do Idoso, “que passa a ser um marco oficial na regulamentação de direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos de idade, conferindo-se assim melhor aplicabilidade [...] do art. 230 da CF.” (SCHMITT, 2004, p. 130).

A proteção do idoso frente a práticas discriminatórias nos planos de saúde está expressamente previsto no parágrafo 3º do artigo 15 do Estatuto do Idoso (2003, <www.planalto.gov.br>): “É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”.

A primeira discussão acerca do assunto foi em relação aos contratos assinados antes do advento do estatuto. A ANS entendeu primeiramente pela interpretação restritiva da lei, entendendo que o Estatuto incidiria somente nos planos firmados após o advento da nova lei (TRETTEL, 2010).

Porém, o entendimento do STJ foi diverso: como pode-se concluir da análise da decisão proferida por Nancy Andrighi (2008a), o reajuste da mensalidade em decorrência tão somente da alteração da faixa etária (60 anos) fere o disposto no art. 15, § 3º do Estatuto do Idoso. Inclusive o entendimento pretendia incidir nos segurados que completaram 60 anos antes do advento lei.

Importante destacar o seguinte argumento, na época apresentado pela relatora Nancy Andrighi (2008a, p.1):

[...] Apenas como reforço argumentativo, porquanto não prequestionada a matéria jurídica, ressalte-se que o art. 15 da Lei n.º 9.656/98 faculta a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos de saúde em razão da idade do consumidor, desde que estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste

incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS. No entanto, o próprio parágrafo único do aludido dispositivo legal veda tal variação para consumidores com idade superior a 60 anos. [...]

Em decorrência do crescente número de ações submetidas a análise dos tribunais, o STJ reconheceu o tema como repercussão geral. A questão foi submetida ao procedimento de recursos repetitivos (tema 952) a fim de que fosse constatada a validade do aumento da mensalidade em razão da faixa etária. Por conta disso, todos os recursos especiais sobre o tema foram suspensos.

O entendimento consolidado pelo referido tribunal superior foi pela legalidade dos reajustes, desde que expressamente previsto no contrato e com taxas de aumento razoáveis e não aleatórias, que onerem excessivamente o consumidor. Além disso, há a necessidade de observação das normas expedidas pelos órgãos regulamentadores (CUEVA, 2016).

A decisão pautou-se nos princípios do mutualismo e solidariedade intergeracional, de forma a proporcionar um equilíbrio para melhor cobertura para todas as faixas etárias (CUEVA, 2016).

[...] Efetivamente, a fim de reequilibrar o fundo mútuo utilizado para o custeio das despesas de todos os beneficiários, que poderá ficar deficitário diante da declaração de nulidade de um reajuste considerado para a constituição de reservas na atuária do plano, **e para que os mais jovens não arquem com valores ainda mais desproporcionais** quando da contratação do serviço (pacto intergeracional), o que redundaria, por sua vez, em barreira à permanência deles no contrato (seleção adversa), deve-se não apenas afastar a cláusula considerada abusiva, mas substituir o percentual comprovadamente inadequado por outro, segundo a dinâmica da faixa etária que o usuário adentrou, conjugada com as peculiaridades de seu próprio plano de assistência médico-hospitalar. [...] (CUEVA, 2016, p. 30). (Grifos próprios).

Para tanto, algumas variáveis foram consideradas, principalmente quanto a observância de determinadas normas, a fim de que fosse garantido o referido equilíbrio contratual. Conforme relatado por Cueva (2016), três variáveis devem ser observadas, conforme se expõe a seguir.

A primeira, refere-se aos contratos antigos e não adaptados a nova lei dos planos de saúde: o contrato firmado deverá ser seguido em seus termos. Por outro lado, deverão, quanto a abusividade dos percentuais de aumento, ser respeitadas as normas consumeristas e, quanto a validade formal da cláusula, o que dispõe a Súmula Normativa nº 3 da ANS (2001, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>), *in verbis*:

1. Desde que esteja prevista a futura variação de preço por faixa etária nos

instrumentos contratuais, serão consideradas pela ANS as tabelas de venda e tabelas de preço anexas ou referidas nos textos contratuais informadas pelas operadoras, para fins verificação da previsão de variação por faixa etária [...];

2. A manifestação da ANS em resposta à operadora fará referência às tabelas apresentadas, e a aplicação da repactuação deverá se limitar aos contratos vinculados aos planos que as adotaram;

3. Uma vez analisado o contrato, a ANS divulgará o resultado e os percentuais a serem aplicados [...].

A segunda, diz respeito aos contratos firmados ou adaptados entre 02/01/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as faixas etárias previstas na resolução CONSU nº 6 (1998, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>). A resolução em tese estabelece sete faixas, dispondo que o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a seis vezes o reajuste da faixa de 0 a 17 anos. Além disso, prevê que o idoso vinculado ao plano de saúde a mais de dez anos não poderá ser atingido pela variação dos valores.

Por fim, a terceira variável diz respeito aos contratos firmados a partir de 1º/01/2004, que deverão submeter-se as regras da Resolução Normativa nº 63 da ANS (2003, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>). A norma prevê 10 faixas etárias, sendo a primeira de zero a 18 anos, e a última 59 anos ou mais, onde o valor fixado por esta, não pode ser superior a seis vezes o valor daquela.

Assim, a partir de tal decisão, o STJ consolidou o entendimento quanto a possibilidade de ajuste na mensalidade dos planos em decorrência da alteração da faixa etária, desde que respeitados os princípios da informação e razoabilidade.

#### **4.2.3 Limitação no tempo de internação**

Outra restrição contida nos contratos de planos de saúde é a limitação do tempo de internação dos beneficiários em Centros de Terapia Intensiva (CTI) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Tendo em vista a recorrência da questão nos tribunais, o STJ sumulou entendimento considerando que a limitação do tempo de internação é ilegal, bem como a cláusula compactuada considerada não escrita (BOTTESINI e MACHADO, 2015).

Assim preceitua a Súmula 302 do STJ (2004, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>): “É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

Tal situação pode ser evidenciada no julgamento do processo relatado por

Sálvio de Figueiredo Teixeira (2000), precedente da súmula supracitada. No caso em comento, o autor propôs ação em desfavor de uma seguradora de plano de saúde com a pretensão de que esta cobrisse as despesas de internação. O argumento da ré foi no sentido de que haveria expirado o limite de doze meses de internação previsto no contrato.

É nesse sentido que argumenta o relator Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira (2000, p. 5): “[...] Se a doença é coberta pelo contrato de seguro [...], não se mostra razoável a limitação a seu tratamento. Até porque o consumidor não tem como prever quanto tempo durará a sua recuperação. [...]”

Nesse diapasão, o entendimento fixado pelo STJ é no sentido de declarar abusiva a cláusula de limitação do tempo de internação, tendo em vista que não há como estabelecer uma concreta previsão do tempo de cura do paciente. Além disso, com base no princípio da razoabilidade, seria incoerente a interrupção de um tratamento em curso por razão de uma disposição contratual.

Por outro lado, o STJ entendeu de forma diversa quando o contrato prevê a cláusula de coparticipação. Conceitua a ANS (2012, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>) o termo coparticipação o

mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

Destaca-se, nesse sentido, os fundamentos de acolhimento do Recurso Especial 1635626/RJ, relatado pela Ministra Nancy Andrighi (2017, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

DIREITO CIV E DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER/C REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO DE DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO. LEI 9.656/98. POSSIBILIDADE. PREVISÃO CONTRATUAL EXPRESSA. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO.

1. Ação ajuizada em 11/12/2012. Recurso especial concluso ao gabinete em 28/09/2016. Julgamento: CPC/1973.

2. Cinge-se a controvérsia a definir a legalidade de cláusula, em contrato de assistência médica, que impõe coparticipação do contratante à razão de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, após o período de 30 (trinta) dias de internação para tratamento psiquiátrico.

3. O recurso especial não ultrapassa o conhecimento pelo fundamento da alínea "c" do art. 105, III da CF/88, uma vez que a recorrente não embasou seus argumentos em dissídio jurisprudencial, tampouco colacionou acórdãos que demonstrassem divergência.

4. A lei especial que regulamenta a prestação dos serviços de saúde autoriza, expressamente, a possibilidade de coparticipação do contratante em despesas médicas específicas, desde que figure de forma clara e expressa a obrigação para o consumidor no contrato.

5. O acórdão recorrido diverge do entendimento deste órgão julgador, no sentido de que "não é abusiva a cláusula de coparticipação

expressamente contratada e informada ao consumidor, para a hipótese de internação superior a 30 (trinta) dias decorrentes de transtornos psiquiátricos, pois destinada à manutenção do equilíbrio entre as prestações e contraprestações que envolvem a gestão dos custos dos contratos de planos de saúde". Precedentes.

6. Afasta-se a condenação de compensação por danos morais quando não caracterizada qualquer infração contratual, como na hipótese.

7. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, provido. REsp. 1635626/RJ, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 02/02/2017, DJe 16/02/2017. (Grifado no original).

A sentença de primeiro grau, bem como o acórdão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro condenou a requerida a manter a internação da paciente, considerando abusiva a cláusula limitativa. Inclusive houve a menção da Súmula 302 do STJ, anteriormente referida.

Porém, o entendimento da Ministra Nancy Andrighi (2017) considerou válida a referida cláusula, sob o fundamento de que a própria Lei dos Planos de Saúde autoriza, de forma expressa, a possibilidade de coparticipação em despesas médicas específicas, desde que expressa de forma inequívoca no contrato. Assim, prevê o artigo 16, VIII da Lei dos Planos de Saúde (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>):

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:

[...]

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica. [...]

Portanto, tendo em vista que a consumidora optou livremente pelo plano em coparticipação, o entendimento consolidado indica que não há de se falar em abusividade.

#### **4.2.4 A suspensão de atendimento e a rescisão contratual em caso de atraso no pagamento de parcela**

A atual Lei dos Planos de Saúde dispõe, de forma expressa, a questão do inadimplemento do usuário no pagamento de parcelas do contrato. Determina o parágrafo único, incisos II e III do artigo 13 da Lei dos Planos de Saúde (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>):

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro

valor no ato da renovação.

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

[...]

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

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

O artigo supra traz algumas condições para a rescisão ou denúncia do contrato por parte do usuário. A primeira delas é a possibilidade de o usuário emendar a mora a cada 12 meses de vigência do contrato. Poderá ser emendada uma ou duas vezes, a depender dos dias de atraso. Caso o atraso seja superior a sessenta dias, a possibilidade de purgar a mora e restabelecer o contrato só poderá ser feita uma punica vez (BOTTESINI e MACHADO, 2015).

A segunda condição diz respeito a operadora do plano de saúde, que deverá notificar o usuário até o quinquagésimo dia de inadimplência. Caso não houver tal notificação, o beneficiário terá o direito de purgar a mora mesmo havendo atraso no pagamento das mensalidades por mais de 60 dias. “Vale dizer que a cada mensalidade atrasada o usuário pode restabelecer o contrato, pagando o atrasado, direito que pode ser exercido duas vezes a cada ano civil de vigência do ajuste.” (BOTTESINI e MACHADO, 2015, p. 133).

Por outro lado, o Superior Tribunal Justiça vem entendendo que tal disposição é aplicável apenas para contratos individuais, não se estendendo aos coletivos empresariais. Isso porque, tendo em vista que o contrato realizado entre duas empresas não seria regido pelo Código de Defesa do Consumidor. Insta ressaltar trecho da decisão proferida pelo Ministro Luis Felipe Salomão (2016, p. 2):

[...] Verifica-se que o entendimento do Tribunal de origem não está em harmonia com a jurisprudência desta Corte no sentido de que **é possível a rescisão unilateral, em se tratando de contrato coletivo de plano de saúde imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98 se aplica exclusivamente aos contratos individuais ou familiares.** [...] (Grifado no original).

Sobre isso, relata igualmente a Ministra Nancy Andrighi (2010, <www.stj.jus.br>):

RECURSO ESPECIAL – CONTRATO DE SEGURO-SAÚDE DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES – PLANO

EMPRESARIAL – CONTRATO FIRMADO ENTRE O EMPREGADOR E A SEGURADORA – NÃO-APLICAÇÃO DO CDC - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - E DA HIPOSSUFICIÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE AS EMPRESAS CONTRATANTES – CONTRATO ONEROSO – REAJUSTE – POSSIBILIDADE – ARTIGOS 478 e 479 DO CÓDIGO CIVIL – RECURSO ESPECIAL IMPROVIDO.

I - Trata-se de contrato de seguro de reembolso de despesas de assistência médica e/ou hospitalar, firmado entre duas empresas.

II - A figura do hipossuficiente, que o Código de Defesa do Consumidor procura proteger, não cabe para esse tipo de relação comercial firmado entre empresas, mesmo que uma delas seja maior do que a outra e é de se supor que o contrato tenha sido analisado pelos advogados de ambas as partes.

III - Embora a recorrente tenha contratado um seguro de saúde de reembolso de despesas médico-hospitalares, para beneficiar seus empregados, dentro do pacote de retribuição e de benefícios que oferta a eles, a relação da contratante com a seguradora recorrida é comercial.

IV - Se a mensalidade do seguro ficou cara ou se tornou inviável para os padrões da empresa contratante, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade, cabe ao empregador encontrar um meio de resolver o problema, o qual é de sua responsabilidade, pois é do seu pacote de benefícios, sem transferir esse custo para a seguradora. A recorrida não tem a obrigação de custear benefícios para os empregados da outra empresa.

V - A legislação em vigor permite a revisão ou o reajuste de contrato que causa prejuízo estrutural (artigos 478 e 479 do Código Civil – condições excessivamente onerosas). Não prospera o pleito de anulação da cláusula de reajuste, pois não se configura abusividade ou o reequilíbrio contratual.

VI – Recurso especial improvido. REsp. 1102848/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 03/08/2010, DJe 25/10/2010. (Grifado no original).

Por fim, o inciso III do dispositivo supracitado deixa claro que a operadora não poderá, em qualquer hipótese, rescindir o contrato caso haja um tratamento em curso, mesmo que tenha ocorrido inadimplemento por parte do beneficiário.

É importante ressaltar que a análise desse dispositivo deve-se partir da premissa prevista no artigo 54, §2º do Código de Defesa do Consumidor, que admite cláusula resolutória, desde que alternativa, cabendo a escolha ao consumidor. Ou seja, cabe ao consumidor exigir a obrigação que lhe é devida, ou rescindir o contrato (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>).

As questões que envolvem a recusa pelo inadimplemento vêm sendo reconhecida pelo STJ de forma favorável ao consumidor. Destaca-se, nesse sentido, a decisão proferida pelo relator Luis Felipe Salomão (2009, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

PROCESSUAL CIVIL E CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CLÁUSULA ABUSIVA. DANO MORAL. 1. Nos contratos de trato sucessivo, em que são contratantes um fornecedor e um consumidor, destinatário final dos serviços prestados, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor. 2. A suspensão do atendimento do plano de saúde em razão do simples atraso da prestação mensal, ainda que restabelecido o pagamento, com os respectivos acréscimos, configura-se,

por si só, ato abusivo. Precedentes do STJ. 3. Indevida a cláusula contratual que impõe o cumprimento de novo prazo de carência, equivalente ao período em que o consumidor restou inadimplente, para o restabelecimento do atendimento. 4. Tendo a empresa ré negado ilegalmente a cobertura das despesas médico-hospitalares, causando constrangimento e dor psicológica, consistente no receio em relação ao restabelecimento da saúde do filho, agravado pela demora no atendimento, e no temor quanto à impossibilidade de proporcionar o tratamento necessário a sua recuperação, deve-se reconhecer o direito do autor ao ressarcimento dos danos morais, os quais devem ser fixados de forma a compensar adequadamente o lesado, sem proporcionar enriquecimento sem causa. Recurso especial de GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA não provido. Recurso especial de CUSTÓDIO OLIVEIRA FILHO provido. REsp. 285.618/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA TURMA, julgado em 17/12/2009, DJe 08/02/2010. (Grifado no original).

Na situação em comento, o beneficiário-autor procurou atendimento hospitalar para seu filho devido à acidente doméstico no dia 02/01/1997. A operadora do plano de saúde negou o imediato atendimento, alegando que haveria atraso da mensalidade vencida no dia 21/12/1997. Isso porque havia previsão contratual de que o atraso no pagamento das mensalidades por mais de dez dias impossibilitava qualquer atendimento. A decisão proferida em primeiro grau restou procedente (SALOMÃO, 2009).

Interposta apelação pela operadora ré, o Tribunal de Justiça de São Paulo deu provimento ao recurso, declarando válida a cláusula em comento. Após interposição de recurso especial pela parte autora, a cláusula contratual foi considerada abusiva, com fundamento no Código de Defesa do Consumidor e nas regras previstas na Lei dos Planos de Saúde acima apresentadas (SALOMÃO, 2009).

É importante ressaltar que o plano de saúde da situação em comento fora contratado antes da vigência da Lei dos Planos de Saúde. Esta é mais uma situação em que o STJ vem reconhecendo a aplicabilidade da lei nos contratos celebrados anteriormente a sua vigência, no que diz respeito a normas protetoras do consumidor.

Por fim, cabe mencionar o instituto da remissão. Instituto esse, que ainda não se encontra previsto em lei, tampouco é pacífica a jurisprudência. De acordo com Bottesini e Machado (2015, p. 136):

A remissão- ato de remitir, ter como perdoada a obrigação de pagar a mensalidade do plano de saúde ou prêmio mensal do seguro-saúde [...] A oferta é feita também aos sucessores dos titulares desses planos e seguros mais antigo, ou mesmo mais novos, mas sempre com elevado índice de sinistralidade.

A cláusula da remissão é aplicada com maior frequência quando ocorre o falecimento do titular do plano familiar, ficando seus dependentes isentos de pagamento pelo prazo de cinco anos. O problema é que, findado o quinquênio, as operadoras aumentam, consideravelmente, o valor da mensalidade, inviabilizando a recontração pelo segurado, fato que gera a rescisão unilateral do contrato por parte das operadoras (FREIND e CALDAS, 2010, <[www.migalhas.com.br](http://www.migalhas.com.br)>).

Com o fito de que não ocorra a rescisão unilateral imotivada proibida pela Lei dos Planos de Saúde, a ANS editou a Súmula Normativa nº 13 que dispõe (2010, <[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)>):

O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo.

Apesar da jurisprudência não possuir entendimento pacificado sobre o tema, a análise das decisões permitiu concluir que o entendimento pesa a favor do consumidor. É possível observar tal situação na decisão relatada pelo Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva (2017, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. NATUREZA DO CONTRATO. INDIVIDUAL OU FAMILIAR. REEXAME DE PROVA. SÚMULA Nº 7/STJ. FALECIMENTO DO TITULAR. COBERTURA DE REMISSÃO POR MORTE. ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR. CONTINUIDADE AO DEPENDENTE INSCRITO.  
 1. A convicção dos magistrados das instâncias ordinárias quanto à natureza individual ou familiar do contrato do plano de saúde decorreu da análise do conjunto fático-probatório e da interpretação das cláusulas contratuais, esbarrando o acolhimento da pretensão recursal nos óbices previstos nas Súmulas nºs 5 e 7/STJ.  
 2. O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo (Súmula Normativa nº 13/2010 da ANS).  
 3. Agravo interno não provido. AgInt no AREsp 771016/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÓAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/03/2017, DJe 16/03/2017. (Grifado no original).

Assim, a análise dos julgados bem como da legislação, permite concluir que não é absolutamente vedada a rescisão contratual por falta ou atraso de pagamento, desde que respeitadas as disposições legais. Na mesma situação, o tribunal entende pela impossibilidade da rescisão, caso haja um tratamento em andamento. Mais uma vez observa-se a supremacia do direito à saúde e da dignidade da pessoa humana.

#### 4.2.5 Negativas de cobertura de doenças e procedimentos

Os contratos de planos de saúde, em geral determinam o rol de doenças e procedimentos que serão cobertos. Porém, o artigo 10 da Lei 9656/98 (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) dispõe sobre o chamado “plano-referência”, que traz a cobertura básica, que “se resumem a atendimentos em clínicas e centros médicos ambulatoriais das próprias operadoras ou enfermarias de hospitais menos sofisticados, às vezes explorados pela própria operadora [...]”. (BOTTESINI e MACHADO, 2015, p. 62).

O dispositivo em comento regulamenta que os tratamentos estarão vinculados à lista elaborada pela Organização Mundial da Saúde. A controvérsia pautava-se, novamente, quanto aos contratos celebrados anteriormente à Lei dos Planos de Saúde. Entendimento consolidado pelo STJ diz respeito a cobertura do HIV, sendo considerada abusiva a cláusula que exclui o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Importa destacar entendimento firmado no julgamento firmado pelo Ministro Aldir Passarinho (2010, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

CIVIL E PROCESSUAL. RECURSO ESPECIAL. CONTRATO. PLANO DE SAÚDE. AIDS. EXCLUSÃO DE COBERTURA. CLÁUSULA POTESTATIVA. PRECEDENTES. PROVIMENTO.

I. É abusiva a cláusula contratual inserta em plano de assistência à saúde que afasta a cobertura de tratamento da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA).

II. As limitações às empresas de prestação de serviços de planos e seguros privados de saúde em benefício do consumidor advindas com a Lei 9.656/98 se aplicam, em princípio, aos fatos ocorridos a partir de sua vigência, embora o contrato tenha sido celebrado anteriormente, porquanto cuida-se de ajuste de trato sucessivo. Precedente.

III. Recurso especial provido. REsp 650400/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 22/06/2010, DJe 05/08/2010. (Grifado no original).

No caso em comento, apesar de prever contrato a exclusão da doença, a lista a OMS previa a cobertura nesses casos. Assim, é entendimento consolidado no STJ que é abusiva a cláusula que afasta a cobertura da AIDS. (PASSARINHO, 2010).

Outra situação que os chamados “contratos antigos” previam era a negativa de cobertura de doenças pré-existentes à aderência ao plano. Atualmente, artigo 11 da Lei dos Planos de Saúde (1998, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>) prevê a vedação da exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data da contratação.

Porém, “ainda permite que sejam impostas carências de até 24 meses para acessar procedimentos e leitos de alta complexidade relacionados a elas.” (TRETTEL, 2010, p. 105).

Vale dizer que a positivação da situação se deu em decorrência de reiterados entendimentos em favor do consumidor, conforme é possível perceber da análise da ementa do acórdão a seguir, sob relatório da Ministra Nancy Andrighi (2008b, <www.stj.jus.br>):

DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. SEGURO SAÚDE. CONTRATAÇÃO ANTERIOR À VIGÊNCIA DA LEI 9.656/98. DOENÇA PRÉ-EXISTENTE. OMISSÃO IRRELEVANTE. LONGO PERÍODO DE SAÚDE E ADIMPLENTO CONTRATUAL ANTES DA MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA.

- As disposições da Lei 9.656/98 só se aplicam aos contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como para os contratos que, celebrados anteriormente, foram adaptados para seu regime. A Lei 9.656/98 não retroage para atingir o contrato celebrado por segurados que, no exercício de sua liberdade de escolha, mantiveram seus planos antigos sem qualquer adaptação.

- O segurado perde direito à indenização, nos termos do art. 766, CC/2002, (art. 1.444/CC1916) se tiver feito declarações inverídicas quando poderia fazê-las verdadeiras e completas. E isso não se verifica se não tiver ciência de seu real estado de saúde.

Precedentes.

- Excepcionalmente, a omissão do segurado não é relevante quando contrata seguro e mantém vida regular por vários anos, demonstrando que possuía, ainda, razoável estado de saúde quando da contratação da apólice.

- Aufere vantagem manifestamente exagerada, de forma abusiva e em contrariedade à boa-fé objetiva, o segurador que, após longo período recebendo os prêmios devidos pelo segurado, nega cobertura, sob a alegação de que se trata de doença pré-existente.

Recurso Especial provido. REsp 1080973 /SP, Rel. MINISTRA NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/12/2008, DJe 03/02/2009. (Grifado no original).

Situação que atualmente vêm sendo bastante discutida no âmbito dos tribunais superiores é a questão da cobertura de tratamentos *home care*, ou internação domiciliar, que reiteradas vezes foram excluídas da cobertura.

A discussão iniciou-se com o fornecimento de medicamentos, principalmente contra o câncer, inclusive no sistema *home care*. Tal situação inclusive foi positivada na Lei dos Planos de Saúde, incluindo, com a Lei 12.880 de 2013, o inciso VI do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 (1998, <www.stj.jus.br>).

O plano básico teve incorporada a cobertura para tratamentos quimioterápicos, inclusive em sistema *home care*, ou domiciliar, para os pacientes com câncer. A modificação legislativa também passou a impor a cobertura para todos os medicamentos injetáveis ou orais, necessário para continuidade do tratamento das diversas espécies de câncer (BOTTESINI e

MACHADO, 2015, p. 63).

No que tange exclusivamente a internação domiciliar, o STJ vem consolidando entendimento no sentido de que a operadora de plano de saúde é obrigada a custear este tratamento. Destaca-se, nesse sentido, entendimento relatado pelo Ministro Marco Aurélio Belizze (2017, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. SERVIÇO DE HOME CARE PRESCRITO PELO MÉDICO DO BENEFICIÁRIO. RECUSA INDEVIDA À COBERTURA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULAS 7 E 83 DO STJ. 2. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. AUSÊNCIA DE PLEITO NA INICIAL E DE CONDENAÇÃO. FALTA DE INTERESSE RECURSAL CONFIGURADA. 3. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. 1. O serviço de Home Care (tratamento domiciliar) constitui desdobramento do tratamento hospitalar contratualmente previsto, que não pode ser limitado pela operadora do plano de saúde. Na dúvida, a interpretação das cláusulas dos contratos de adesão deve ser feita da forma mais favorável ao consumidor. 2. Indenização por danos morais não foi objeto de pleito inicial e tampouco houve condenação a esse respeito. Ausência de interesse recursal. 3. Agravo interno improvido. AgInt no AREsp 1071680/ MG, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/06/2017, DJe 26/06/2017. (Grifado no original).

No mesmo sentido, em julgamento relatado pelo Ministro Ricardo Villas Boas Cueva (2015), firmou-se entendimento que, apesar do tratamento médico em domicílio não estar previsto no rol de procedimentos mínimos oferecidos pelos planos de saúde, o direito ao custeio de tal serviço não pode ser negado quando a internação.

Por outro lado, no mesmo julgamento supracitado, ressaltou o ministro Cueva (2015, p. 11), que

[...] o *home care* não pode ser concedido de forma automática, tampouco por livre disposição ou comodidade do paciente e de seus familiares. [...] De fato, na ausência de regras contratuais que disciplinem a utilização do serviço, a internação domiciliar pode ser obtida não como extensão da internação hospitalar, mas como conversão desta. Assim, para tanto, há a necessidade (i) de haver condições estruturais da residência, (ii) de real necessidade do atendimento domiciliar, com verificação do quadro clínico do paciente, (iii) da indicação do médico assistente, (iv) da solicitação da família, (v) da concordância do paciente e (vi) da não afetação do equilíbrio contratual, como nas hipóteses em que o custo do atendimento domiciliar por dia não supera o custo diário em hospital. [...]

Por fim, reitera Cueva (2015) que a cláusula contratual que vede a internação domiciliar como alternativa à internação hospitalar será considerada abusiva, pois não coaduna com os princípios de equidade e boa-fé, colocando o

consumidor em condição de desvantagem exagerada.

#### 4.2.6 Imposição de carência em casos de urgência ou emergência

Conceitua-se tempo de carência o período em que o usuário do plano de saúde deve investir até que tenha acesso aos serviços fornecidos, ou seja, é o

período corrido e ininterrupto contado a partir da data da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o consumidor paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato” (GREGORI, 2007, p. 224).

A Lei dos Planos de Saúde prevê como legítimas as cláusulas que impõem ao usuário períodos de carência para a utilização do serviço médico. A própria lei, em determinadas situações, prevê tais prazos em seu artigo 12, V (1998, [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>).

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:

[...]

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;** (Grifo próprio).

A situação se torna gravosa ao beneficiário no momento em que há recusa no atendimento de urgência ou emergência, sob o argumento de falta do pagamento do período de carência.

De acordo com a teoria econômica, a imposição de períodos de carência para utilização do serviço tem o objetivo de impedir que o usuário de plano de saúde contrate-o quando estiver doente apenas e tão somente para a realização do tratamento. [...] Sem entrar no mérito da legitimidade da imposição de carência, fato é que a imprevisibilidade da ocorrência de urgência ou emergência impede que o usuário contrate um plano de saúde apenas para realização de tratamento de doença. Restam, nesses casos, descaracterizados os pressupostos econômicos que alicerçam as imposições de carência. (TRETTEL, 2010, p. 113).

Apesar disso, a própria Lei nº 9656/98 traz, em seu artigo 35-C (1998, [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>), incluído em 2009, a obrigatoriedade da cobertura de atendimento nos casos de urgência e emergência. A lei distingue os dois institutos,

descritos por Bottesini e Machado (2015, p. 109) da seguinte forma:

A *urgência* traz consigo a ideia daquilo que deve ser feito com rapidez, imediatamente, enquanto a *emergência* traz a ideia de imprevisto, de perigoso e de fortuito, embora não necessite ser atendida com rapidez, imediatamente. (Grifado no original).

Apesar da previsão legal imperativa, as operadoras de planos de saúde ainda impõem a carência nesses casos. Corroborando com a disposição legal, o Superior Tribunal de Justiça vem entendendo como abusiva e limitativa a proibição de atendimento nos casos supramencionados e, conseqüentemente, afastando a cláusula de carência. Isso com fundamento na supremacia da vida humana em detrimento do interesse contratual. Sobre isso, eis que informa a ementa da decisão relatada pelo Ministro Paulo de Tarso Sanseverino (2012, <www.stj.jus.br>):

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PRAZO DE CARÊNCIA. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. APENDICITE AGUDA. CARÊNCIA CONTRATUAL. ABUSIVIDADE DA CLÁUSULA RESTRITIVA. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. PRECEDENTES. 1. A cláusula que estabelece o prazo de carência deve ser afastada em situações de urgência, como o tratamento de doença grave, pois o valor da vida humana se sobrepõe a qualquer outro interesse. Precedentes específicos da Terceira e da Quarta Turma do STJ. 2. A jurisprudência desta Corte "vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura de seguro saúde, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, uma vez que, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada".(REsp 918.392/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI). 3. Atendendo aos critérios equitativos estabelecidos pelo método bifásico adotado por esta Egrégia Terceira Turma e em consonância com inúmeros precedentes desta Corte, arbitra-se o quantum indenizatório pelo abalo moral decorrente da recusa de tratamento médico de emergência, no valor de R\$ 10.000, 00 (dez mil reais). 4. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. REsp. 1243632/RS, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/09/2012, DJe 17/09/2012. (Grifado no original).

Situação semelhante ocorreu no julgamento do processo relatado pelo Ministro Sidnei Beneti (2011). O consumidor contratou um plano de saúde no qual estipulava prazo de carência de 120 dias. Em menos de dois meses do período de vigência, o autor necessitou de atendimento de emergência, devido à um infarto.

A sentença de primeira instância julgou o pedido improcedente, sustentando que o contrato deveria ser cumprido. No julgamento do recurso, o STJ modificou a sentença, condenando a empresa requerida ao ressarcimento das despesas hospitalares emergenciais, considerando abusiva a imposição do prazo de carência na situação emergencial. Assim, julgou o Ministro Sidnei Beneti (2011,

<[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. SITUAÇÕES EMERGENCIAIS GRAVES. NEGATIVA DE COBERTURA INDEVIDA. I - Na linha dos precedentes desta Corte, o período de carência contratualmente estipulado pelos planos de saúde, não prevalece, excepcionalmente, diante de situações emergenciais graves nas quais a recusa de cobertura possa frustrar o próprio sentido e razão de ser do negócio jurídico firmado. II - No caso dos autos o seguro de saúde foi contratado em 27/10/03 para começar a vigor em 1º/12/03, sendo que, no dia 28/01/04, menos de dois meses depois do início da sua vigência e antes do decurso do prazo de 120 dias contratualmente fixado para internações, o segurado veio a necessitar de atendimento hospitalar emergencial, porquanto, com histórico de infarto, devidamente informado à seguradora por ocasião da assinatura do contrato de adesão, experimentou mal súbito que culminou na sua internação na UTI. III - Diante desse quadro não poderia a seguradora ter recusado cobertura, mesmo no período de carência. IV - Recurso Especial provido. REsp 1055199/ SP, Ministro Rel. SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 03/05/2011, DJe 18/05/2011. (Grifos originais).

Importante ressaltar ainda, o entendimento recentemente sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça, que inclusive corrobora com a previsão legal: é considerada expressamente abusiva a cláusula do contrato que impõe carência para utilização do plano em caso de urgência ou emergência. Porém, ainda considera o prazo máximo de 24 horas da contratação. Assim dispõe a Súmula 597 do STJ (2017, <[www.stj.jus.br](http://www.stj.jus.br)>):

A cláusula contratual de plano de saúde que prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica nas situações de emergência ou de urgência é considerada abusiva se ultrapassado o prazo máximo de 24 horas contado da data da contratação.

Com efeito, é possível constatar que o STJ vem mitigando a cláusula de carência prevista nos contratos em favor do consumidor. No caso de necessária cobertura de urgência ou emergência, entende-se aplicável a nova súmula, anteriormente citada. Além disso, tais cláusulas são reconhecidas como restritivas de direito, em conformidade com o artigo 51 do diploma consumerista (1990, <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)>).

Assim, de forma geral, a partir da análise da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, foi possível constatar que está ocorrendo o reconhecimento das cláusulas e situações abusivas, como limitadoras e restritivas de direito do consumidor. Isso com fundamento na legislação vigente acerca do assunto, bem como a legislação protetiva do consumidor.

## 5 CONCLUSÃO

Os planos privados de assistência à saúde suplementar, no que diz respeito a comercialização, sofreram significativo crescimento nas últimas décadas. A decadência do sistema público de saúde transformou os planos de saúde em uma alternativa para a população, que busca qualidade no serviço de saúde.

Assim como em qualquer setor de prestação de serviços, o aumento da demanda gerou a chamada massificação contratual, em que o aderente não tem qualquer poder de estabelecer as cláusulas contratuais, o que gera a liberalidade das operadoras. Em consequência, surgem as abusividades. Para tanto, constatou-se que é de extrema necessidade uma legislação protetiva à parte economicamente mais vulnerável.

Nesse sentido, pode-se concluir que os contratos de planos de saúde são subordinados ao Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista que a relação formada entre o prestador dos planos de saúde e o beneficiário, trata-se claramente de uma relação de consumo. Inclusive, a legislação traz, de forma clara, a incidência do direito do consumidor nesse ramo.

Existe, de um lado, o consumidor-beneficiário e seus dependentes, cuja ausência de conhecimento técnico o coloca em uma situação de vulnerabilidade. De outro, está o fornecedor, prestador dos planos, que realiza a atividade com profissionalismo e mediante remuneração. Assim, aplica-se às relações contratuais cujo objeto são o fornecimento de planos de saúde suplementar, a legislação protetiva do consumidor.

Quanto aos planos de saúde propriamente ditos, foi possível constatar que o marco da regulação desse setor surgiu com a entrada em vigor da Lei dos Planos de Saúde. A ausência de uma legislação específica gerava, além de insegurança jurídica, a maior liberalidade das operadoras, o que desencadeava prejuízos ao consumidor. O Código de Defesa do Consumidor, por si só, não era suficiente para suprir as circunstâncias específicas dessas relações. Assim, a legislação especial passou a regular, de forma específica, o funcionamento dos planos privados de assistência à saúde.

Os contratos de planos de saúde possuem características específicas, que demandam uma legislação voltada para esse setor, em que pese a existência do Código de Defesa do Consumidor. Dentre as principais peculiaridades desses contratos, está o caráter adesivo de contratação, tendo em vista que não há

liberdade de negociação das cláusulas. Além disso, são sinalagmáticos, pois geram obrigações recíprocas para ambos os contratantes. Também são de prestação continuada e de trato sucessivo.

Além da incidência da legislação específica, os planos de saúde estão sujeitos à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência reguladora que atua no controle da atuação das operadoras de planos de saúde. Além da fiscalização propriamente dita, a agência emite resoluções normativas, que objetivam regulamentar de forma suplementar questões diversas sobre saúde suplementar.

Em que pese a existência da legislação e do órgão fiscalizador, são recorrentes os conflitos envolvendo consumidores e as operadoras de planos de saúde. Foi possível constatar que tais conflitos são gerados, principalmente, pelas chamadas abusividades, presentes, principalmente, nas cláusulas estipuladas nos contratos, bem como na própria atuação da operadora no momento da prestação do serviço.

Quantos as chamadas cláusulas abusivas, a legislação consumerista prevê sua nulidade, pois, tendo em vista que desrespeitam os princípios de boa-fé contratual, colocam o consumidor em uma posição de desvantagem frente ao fornecedor, que domina a prestação dos serviços. Dentre as cláusulas abusivas comuns aos contratos em geral que incidem sobre os contratos de planos de saúde, ficou evidente a prevalência das cláusulas limitativas de direitos, onde o fornecedor restringe sua obrigação.

Em consequência disso, os consumidores, de forma frequente, buscam o poder judiciário com o intuito de ver reconhecida a nulidade das cláusulas abusivas, ou o reconhecimento do direito ao acesso da cobertura. Assim, o aumento da demanda envolvendo os planos de saúde geraram, evidentemente, a judicialização desse setor. O Poder Judiciário deveria ser a última *ratio*, ou seja, quando nenhuma outra forma de resolução de conflitos obtém êxito. Assim, essa crescente intervenção evidencia a existência de falhas no âmbito da saúde suplementar.

A partir da análise jurisprudencial, foram identificadas as principais abusividades praticadas pelas operadoras de planos de saúde: a negativa de cobertura de próteses, órteses e *stents*, a restrição do custeio de procedimentos de transplantes, reajuste contratual por mudança de faixa etária, a limitação no tempo de internação, suspensão de atendimento em caso de atraso no pagamento de parcela, negativas de cobertura de doenças e procedimentos, e imposição de

carência em casos de urgência ou emergência.

É possível observar a preponderância da limitação, bem como a negativa de cobertura dos planos, principalmente dos contratos firmados anteriormente à Lei dos Planos de Saúde. Porém, o entendimento preponderante da doutrina e da jurisprudência é no sentido de observar o caráter sucessivo desses contratos: mesmo não ocorrendo sua adaptação conforme previsto legalmente, as normas protetivas deverão ser aplicadas, a fim de garantir o direito do beneficiário-consumidor.

Portanto, atendendo ao objetivo geral do presente trabalho, foi possível concluir que os tribunais, principalmente o Superior Tribunal de Justiça, vem reconhecendo as abusividades da atuação das agências prestadoras de planos de saúde. Reconhecem a relação de consumo existente entre os contraentes, aplicando de forma ampla do Código de Defesa do Consumidor. Assim, ao decidirem dessa forma, os tribunais também vêm garantindo o direito fundamental à saúde, bem como a dignidade da pessoa humana e o direito à vida, previstos expressamente na Constituição Federal.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Glossário temático: saúde suplementar*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/saudesup\\_glossario\\_site-1.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/saudesup_glossario_site-1.pdf)> Acesso em: 5 mar. 2017.

ANDRIGHI, Nancy. REsp. 809.329/ RJ. Julgado em: 25/03/2008a. DJe 11/04/2008. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28%22NANCY+ANDRIGHI%22%29.min.%29+E+%28%22Terceira+Turma%22%29.org.&processo=809329&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp.1080973 /SP. Julgado em: 09/12/2008b. DJe 03/02/2009. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num\\_registro=200801738095&dt\\_publicacao=03/02/2009](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200801738095&dt_publicacao=03/02/2009)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp. 1102848/SP. Julgado em 03/08/2010. DJe 25/10/2010. Disponível em: <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28%22NANCY+ANDRIGHI%22%29.min.&processo=1102848&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em: 15 set. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp. 1635626/RJ. Julgado em 02/02/2017. DJe 16/02/2017. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=%28REsp+1635626%2FRJ%29+E+%28%22NANCY+ANDRIGHI%22%29.min.&&b=DTXT&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em: 02 set. 2017.

BELLIZZE, Marco Aurélio. AgInt no AResp 894.279/RJ. Julgado em 04/08/2016. DJe 15/08/2016. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=%28F3teses%2C+pr%28F3teses+e+stents&&b=DTXT&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. AgInt no AREsp. 1071680 / MG. Julgado em 20/06/2017b. DJe 26/06/2017. Disponível em:<<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28%22MARCO+AUR%28LIO+BELLIZZE%22%29.min.&processo=1071680&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>> Acesso em 08 set. 2017.

BENETI, Sidnei. REsp. 1055199/ SP. Julgado em 03/05/2011. DJe 18/05/2011. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num\\_registro=200801000258&dt\\_publicacao=18/05/2011](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200801000258&dt_publicacao=18/05/2011)>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Súmula normativa nº 3/2001. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDM1>>. Acesso em: 12 out. 2017.

\_\_\_\_\_. ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Súmula Normativa nº 13/2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTU3Nw>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa nº 63/03. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>>. Acesso em 12 out. 2017.

\_\_\_\_\_. ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa nº 195/09. Disponível em:< <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA>>. Acesso em 12 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 11 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. CONSU- Conselho de Saúde Suplementar. Resolução nº 6/1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEy>>. Acesso em: 12 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990. *Código de defesa do consumidor*. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078compilado.htm)>. Acesso em: 4 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.656 de 3 de julho de 1998. *Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde*. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm)>. Acesso em: 11 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. *Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)> Acesso em: 12 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. *Código Civil*. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em: 17 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 302. Disponível em: < <http://www.stj.jus.br/SCON/SearchBRS?b=SUMU&livre=@docn=%27000000302%27>>. Acesso em 07 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Súmula n. 469. Disponível em:< <http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas/toc.jsp?livre=469&b=SUMU&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. Súmula 597. Disponível em :< [http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt\\_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/STJ-edita-tr%C3%AAs-novas-s%C3%BAmulas](http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Comunica%C3%A7%C3%A3o/noticias/Not%C3%ADcias/STJ-edita-tr%C3%AAs-novas-s%C3%BAmulas)>. Acesso em 15 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Súmula n. 279. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>.

stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia .asp?s1=279. NUME%20NAO%20 S.FLSV.&base=baseSumulas>. Acesso em: 13 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. Súmula n. 454. Disponível em:< <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=454.NUME.%20NAO%20S.FLSV.&base=baseSumulas>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. SUSEP- Superintendência de Seguros Privados. Resolução nº 31/94. Disponível em: <<http://www2.susep.gov.br /bibliotecaweb /docOriginal .aspx?tipo=1 &codigo=970>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BENJAMIN, Antônio H. Práticas abusivas. In: BENJAMIN, A.; BESSA, L.; MARQUES, C. *Manual de direito do consumidor*. 6.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. p. 295-323.

BESSA, Leonardo. Proteção contratual. In: BENJAMIN, A.; BESSA, L.; MARQUES, C. *Manual de direito do consumidor*. 6.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. p. 369-426.

BONATTO, Cláudio. *Código de Defesa do Consumidor: Cláusulas abusivas nas relações contratuais de consumo*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

BOTTESINI, M. A.; MACHADO, M. C. *Lei dos planos e seguros de saúde*. Rio de Janeiro: Gen, 2015.

CARLINE, A.; SARLET, I. W. Dignidade da pessoa humana e contratos de saúde privada no Brasil. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, v. 110, mar.-abr. 2017. Biblioteca virtual. Disponível em:< [https://proview.thomsonreuters.com/title.Html?redirect=true&titleKey=rt%2Fperiodical%2F92900151%2Fv20170110.1&titleStage=F&titleAcct=i0adc41910000015c3c18053143628a37#sl=e&eid=c5f022a4b3711b251cd2465d7bda697c&eat=DTR\\_2017\\_781&pg=&psl=&nvgS=false](https://proview.thomsonreuters.com/title.Html?redirect=true&titleKey=rt%2Fperiodical%2F92900151%2Fv20170110.1&titleStage=F&titleAcct=i0adc41910000015c3c18053143628a37#sl=e&eid=c5f022a4b3711b251cd2465d7bda697c&eat=DTR_2017_781&pg=&psl=&nvgS=false)>. Acesso em: 24 mar. 2017.

CASTANHO, Marcelo R. RI 0082202-83.2014.8.16.00140/PR julgado em 12/11/2015. Disponível em: <<https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/258820547/processo-civel-e-do-trabalho-recursos-recurso-inominado-ri-8220283201481600140-pr-0082202-8320148160014-0-acordao/inteiro-teor-258820557#>>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de direito do consumidor*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CUEVA, Ricardo V. B. AgInt no AREsp 771016/SP. Julgado em: 07/03/2017. DJe 16/03/2017. Disponível em:<<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/tocjsp?livre=remiss%E3o++e+plano+de+sa%FAde&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp. 1537301 /RJ. Julgado em: 18/08/2015. DJe 23/10/2015. Disponível em:< <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1537301&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em 03 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp. 1.568.244/RJ. Julgado em: 14/12/2016. DJe 19/12/2016. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ITA?seq=1557394&tipo=0&nreg=201502972780&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20161219&formato=PDF&salvar=false>>. Acesso em: 15 ao. 2017.

DIREITO, Carlos Alberto M. REsp 519.940/SP. Julgado em 17/06/2003. DJ 01/09/2003. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudência/9106973/recurso-especial-resp-811867-sp-2006-0014684-3/inteiro-teor-14254776#>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

FREIND, M.; CALDAS, J. Remissão: a manobra dos planos de saúde que prejudica o consumidor da terceira idade. *Migalhas*. [s.l.], 2010. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI101817,11049-Remissao+a+mano+bra+dos+planos+de+saude+que+prejudica+o+consumidor+da>>. Acesso em: 20 set. 2017.

GALLOTI, Maria I. AREsp 986140 / SP. Julgado em 16/05/2017. DJe 22/05/2017. Disponível em :<<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=AREsp+986140&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em 15 nov. 2017.

GUEDES, Néviton O. B. Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: SILVA, F. et al. *Agências reguladoras no direito brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais. Disponível em: < <https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fmonografias%2F98557064%2Fv1.1&titleStage=F&titleAcct=i0adc4191000015c3c18053143628a37#sl=e&eid=27cc6424e375b4ed96c2db763c2c2200&eat=a-98557162&pg=1&psl=&nvgS=false>> Acesso em 12 set. 2017.

GONÇALVES, Carlos R. *Direito civil brasileiro: contratos e atos unilaterais*. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GREGORI, Maria S. *Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

IHERING, Rudolf Von. *A luta pelo direito*. São Paulo: Martin Claret, 2004.

JUSTEN FILHO, Marçal. *Curso de direito administrativo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016. Biblioteca Virtual. Disponível em: < <https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fmonografias%2F91049397%2Fv12.3&titleStage=F&titleAcct=i0adc4191000015c3c18053143628a37#sl=0&eid=661e1e06ee74bcb05ef029a4af14a6d&eat=%5Bbid%3D%221%22%5D&pg=&psl=e&nvgS=false>>. Acesso em: 15 set. 2017.

LOPES, José Reinaldo de Lima. Consumidores de seguros e planos de saúde (ou doente também tem direitos). In: *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

MAIA, Maurílio. O paciente hipervulnerável e o princípio da confiança informada na relação médica de consumo. *Revista de Direito do consumidor*, São Paulo, v. 86, mar. 2013. Biblioteca Virtual. Disponível em:< <https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fperiodic al%2F92900151%2F>

v20130086.1&titleStage=F&titleAcct=i0adc41910000015c3c18053143628a37#sl=e&eid=317eabbc915c6fb58c19d383c8a161f9&eat=DTR\_2013\_3074&pg=&psl=&nvgS=false. Acesso em: 10 mar. 2017.

MANDELBAUM, Renata. *Contratos de Adesão e Contratos de Consumo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.

MARQUES, Cláudia L. Campo de aplicação do CDC. In: BENJAMIN, A.; BESSA, L.; MARQUES, C. In: BENJAMIN, A.; BESSA, L.; MARQUES, C. *Manual de direito do consumidor*. 6.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. p. 95-126.

\_\_\_\_\_. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. São Paulo: Revista dos tribunais, 2014.

MARQUES, C.; MIRAGEM, B. Seguros e planos de saúde: Risco, solidariedade e os direitos do consumidor. In: MIRAGEM, B.; CARLINI, A. (Org.). *Direito dos seguros: fundamentos de direito civil, direito empresarial e direito do consumidor*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015. Biblioteca Virtual. Disponível em: <<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fmonografias%2F101993210%2Fv1.3&titleStage=F&titleAcct=i0adc419b000001566f04ceb80e16fe0b#sl=e&eid=df494bb8ac3a3dac4615d11f9c380186&eat=a-102815537&pg=1&psl=&nvgS=false>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

MEDAUAR, Odete. *Direito administrativo moderno*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016. Biblioteca Virtual. Disponível em: <<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fmonografias%2F93092036%2Fv20.2&titleStage=F&titleAcct=i0adc41910000015c3c18053143628a37#sl=0&eid=cffd09b7f7cd6d3779094eeac12b8fd5&eat=%5Bbid%3D%221%22%5D&pg=&psl=e&nvgS=false>>. Acesso em: 15 set. 2017.

MIRAGEM, Bruno. *Curso de Direito do Consumidor*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016. Biblioteca Virtual. Disponível em: <<https://proview.thomsonreuters.com/title.html?redirect=true&titleKey=rt%2Fmonografias%2F75937820%2Fv6.2&titleStage=F&titleAcct=i0adc419b000001566f04ceb80e16fe0b#sl=0&eid=0505f41099de8beddf1d7ec8cb4d0c84&eat=%5Bbid%3D%2216%22%5D&pg=&psl=e&nvgS=false>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

PASSARINHO. REsp. 164.084. Julgado em 17/02/2000. DJ 17/04/2000. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28%22ALDIR+PASSARINHO%22%29.min.&processo=164084&&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=tr ue>>. Acesso em 22 out. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp. 650400/SP. Julgado em 22/06/2010. Dje 05/08/2010. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num\\_registro=200400511659&dt\\_publicacao=05/08/2010](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200400511659&dt_publicacao=05/08/2010)>. Acesso em: 15 set. 2017.

RIZZARDO, A. et al. *Planos de assistência e seguros de saúde: Lei 9.656 de 3 de junho de 1998*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.

SALOMÃO, Luis F. AResp. 987337. Julgado em 19/11/2016. DJe 07/12/2016. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/decisoes/toc.jsp?livre=%28AResp+987337%29+E+%28%22LUIS+FELIPE+SALOM%C3O%22%29.min.&&b=DTXT&t>>

thesaurus=JURIDICO&p=true>. Acesso em: 09 set. 2017.

\_\_\_\_\_. REsp. 285.618/SP. Julgado em 17/12/2009. DJe 08/02/2010. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15447031/ag-1261559?ref=juris-tabs#!>>. Acesso em 09 set. 2017.

SANSEVERINO, Paulo T. REsp. 1243632/RS. Julgado em 11/09/2012. DJe 17/09/2012. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22456217/recurso-especial-resp-1243632-rs-2011-0053304-4-stj/inteiro-teor-22456218?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SCHMITT, Cristiano H. Cláusulas abusivas em contratos de planos e seguros de assistência privada à saúde. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, v. 75, p. 214-245, 2010.

TEIXEIRA, Sálvio F. REsp. 251.024/SP. Julgado em 27/09/2000. DJe 04/02/2002. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num\\_registro=200902229905&dt\\_publicacao=18/05/2010](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200902229905&dt_publicacao=18/05/2010)>. Acesso em 15 set. 2017.

THEWES, Ana P. *Revisão e resolução judicial dos contratos com base nas teorias adotadas pelo Código Civil de 2002 e pelo Código de Defesa do Consumidor*. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Ciências Jurídicas e Sociais). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <[http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015\\_1/ana\\_thewes.pdf](http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015_1/ana_thewes.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2017.

TRETTEL, Daniela B. *Planos de saúde na visão do STJ e do STF*. São Paulo: Verbatim, 2010.

UYEDA, Massami. REsp. 1046355/RJ. Julgado em 15/05/2008. DJe 05/08/2008. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?processo=1046355&b=ACOR&thesaurus=JURIDICO&p=true>>. Acesso em 01 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. AgRg no Ag. 1341183/PB. Julgado em 10/04/2012. DJe 20/04/2012. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num\\_registro=20100152899&dt\\_publicacao=20/04/2012](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=20100152899&dt_publicacao=20/04/2012)>. Acesso em 21 out. 2017.