

A ARBITRARIEDADE NOS PLANOS INDIVIDUAIS DE SAÚDE: NEGATIVA DE COBERTURA EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS E O EQUILÍBRIO CONTRATUAL

THE ARBITRARINESS IN INDIVIDUAL HEALTH PLANS: DENIAL OF COVERAGE IN MEDICAL PROCEDURES AND CONTRACTUAL BALANCE

Cleiton de Souza Dias¹

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 Do Direito Constitucional À Saúde. 2.1 A Saúde Suplementar No Brasil. 2.2 A Integração Entre os Sistemas Público e Privado. 2.3 O Ressarcimento ao Sus. 3 Dos Planos Individuais De Saúde No Brasil. 3.1 Os Contratos Por Adesão. 3.2 As Cláusulas Abusivas. 4 Da Arbitrariiedade dos Planos de Saúde. 4.1 A Negativa de Procedimentos Médicos. 4.2 A Necessidade de Judicialização. 4.3 As Teses Jurídicas Firmadas pelo STJ. 5 Das Normas Regulatórias Aplicada aos Planos Individuais de Saúde. 5.1 A Regulamentação dos Planos Individuais Pela ANS. 5.1.2 O Rol Taxativo da ANS. 5.2 Da Aplicação Do Código De Defesa Do Consumidor. 5.3 O Projeto de Lei 956/22. 6 Considerações finais. 7 Referências.

RESUMO: O trabalho em questão analisa a arbitrariedade nos planos individuais de saúde, com atenção especial à recusa de cobertura em procedimentos médicos e suas implicações no equilíbrio contratual entre as operadoras e seus beneficiários. A pesquisa adota uma abordagem metodológica que integra a revisão bibliográfica, a análise da legislação em vigor e dados obtidos por institutos de pesquisa e estatísticas, visando uma compreensão holística do tema. O texto também se aprofunda na análise jurídica, explorando as jurisprudências pertinentes que têm influenciado as decisões judiciais relacionadas aos casos em questão. A conclusão do estudo destaca a urgência de uma abordagem mais transparente e ética por parte das operadoras de planos de saúde, com o propósito de preservar o equilíbrio contratual e respeitar os direitos dos consumidores. São sugeridas reflexões para aprimoramentos na legislação e práticas contratuais, visando atenuar a arbitrariedade na negativa de cobertura e, conseqüentemente, promover uma relação mais justa e equitativa no contexto da saúde suplementar.

Palavras Chaves: Planos Individuais De Saúde. Cláusulas Abusivas. Equilíbrio Contratual. Direito do Consumidor. Projeto

¹ Acadêmico do curso de Direito da Universidade Salvador (UNIFACS) da rede Ânima Educação. E-mail: cleiton19blut@gmail.com. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Direito da Universidade Salvador (UNIFACS) da rede Ânima Educação. 2023. Orientador: André Alves Portella, Mestre e Doutor em Direito Financeiro e Tributário. Coorientadora: Fernanda Ferreira dos Santos Bacelar Silva, Mestre em Direito pela Universidade Federal da Bahia.

de Lei 956/22. Arbitrariedade nos Planos De Saúde. Negativa de Coberturas. Procedimentos Médicos. Saúde Suplementar.

ABSTRACT: The present study examines the arbitrariness in individual health plans, with special attention to the denial of coverage for medical procedures and its implications for the contractual balance between the insurance providers and their beneficiaries. The research adopts a methodological approach that integrates a bibliographic review, analysis of current legislation, and data obtained from research institutes and statistics, aiming for a comprehensive understanding of the subject. The text also delves into the legal analysis, exploring relevant jurisprudence that has influenced judicial decisions related to the cases in question. The conclusion of the study emphasizes the urgency of a more transparent and ethical approach by health insurance providers, aiming to preserve the contractual balance and respect the rights of consumers. Reflections are suggested for improvements in legislation and contractual practices, aiming to mitigate the arbitrariness in coverage denial and, consequently, foster a fairer and more equitable relationship in the context of supplementary health.

Key words: Individual Health Plans. Abusive Clauses. Contractual Balance. Consumer Rights. Bill 956/22. Arbitrariness in Health Plans. Denial of Coverage. Medical Procedures. Supplementary Health.

1 INTRODUÇÃO

“A saúde e a alegria promovem-se uma à outra.” Essa frase do renomado poeta e ensaísta inglês, Joseph Addison, inspira uma reflexão sobre a ideia de que a saúde é o bem mais precioso que o ser humano possui, uma vez que não basta estar vivo para viver; é preciso ter qualidade de vida, a qual está intrinsecamente ligada a um corpo e mente saudáveis.

A saúde é um direito constitucionalmente garantido, e dever do Estado, apesar disso, não há vedação no texto constitucional quanto a comercialização de assistência e procedimentos médicos.

A partir da grande demanda nesse setor e o enorme desfalque do Poder Público em efetivar a saúde dos seus cidadãos, surgem as operadoras de planos, ofertando aos usuários diversas modalidades contratuais, com promessas de saúde e bem-estar, físico e mental.

Planos de saúde, apesar de eficazes em seu objetivo, e livre de atuação, uma vez que não há nenhum impedimento legal para atuarem, demonstram, na realidade,

o fracasso do Estado em cumprir com seu papel garantidor, pois, uma vez que a população tenha saúde pública de qualidade, não precisaria recorrer a alternativas privadas, a exemplo das operadoras de planos.

Os tipos de planos de saúde disponibilizados pelas operadoras são muitos, sendo os principais: Planos De Saúde Individual ou Familiar, Coletivo Por Adesão e Coletivo Empresarial, cada um deles com suas peculiaridades, prós e contras.

Para elaboração deste artigo, buscou-se dar enfoque especificamente nos contratos celebrados nos planos de saúde individuais, demonstrando como os usuários dessa modalidade são afetados pelas abusividades das cláusulas contratuais, especificamente no que diz respeito à negativa de cobertura em procedimentos médicos.

Os contratos individuais, diferente do coletivo empresarial e coletivo por adesão, são mais vantajosos ao consumidor final, apesar de serem mais caros também, seu preço é justificado pelos benefícios oferecidos. No que diz respeito aos reajustes anuais e por faixa etária, por exemplo, tal situação é regulada pela ANS, que estipula porcentagem máxima para isso, o que não ocorre nas outras modalidades dos planos.

Assim, o consumidor que é atraído pelo plano coletivo, por exemplo, por contar com preço mais barato, acaba se surpreendendo no decorrer dos anos, pois os reajustes encarem e muito o valor pago, por isso mesmo, atualmente, é muito difícil encontrar planos individuais oferecidos pelas operadoras, porque entre todas as modalidades, essa é a menos lucrativa para o mercado desse setor.

Uma das principais queixas dos usuários, além das altas taxas de reajustes, seja em plano individual, coletivo por adesão ou empresarial, é a negativa de procedimentos e restrição aos tratamentos médicos indicados, que os deixa em posição de vulnerabilidade, uma vez que já buscam na esfera privada aquilo que acreditam não ser possível obter no setor público de saúde.

Antes o exposto, o presente trabalho se pautou em pesquisas doutrinárias, teses jurídicas, dados e estatísticas de fontes verificadas e confiáveis, além de decisões judiciais e jurisprudências sobre o assunto, para produzir um resultado concreto e

cientificamente válido a respeito dos efeitos sofridos pelos usuários dos planos de saúde.

O tema foi escolhido com muito cuidado e reflexão, antes as grande enxurradas de ações protocoladas no judiciário sobre o assunto aqui destacado, como também por uma preocupação na qualidade dos serviços prestado pelas operadoras, que tem crescido de forma exponencial no país.

O objetivo, portanto, é analisar os impactos de como esse fenômeno, aqui chamado de “comercialização da saúde”, afeta a vida dos brasileiros que confiam o seu bem mais precioso, a vida, nas mãos de empresas que visam mais o lucro do que a dignidade humana.

2 DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE

O direito à saúde encontra respaldo no artigo 6º da Constituição Federal, (BRASIL, 1988, p. 5), que o estabelece como um direito social, assegurado a todos os brasileiros o acesso igualitário às ações e serviços para sua proteção e recuperação, conforme trecho a seguir: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

Além disso, a saúde também está estritamente relacionada à dignidade da pessoa humana, conforme previsto no artigo 1º, III, da Constituição, consolidando a ideia de que a preservação da saúde é crucial para garantir uma vida digna. Seguindo esse raciocínio, dispõe Elisângela Santos de Moura (2013, p. 04), mestre em Direito Constitucional, que:

A proteção constitucional à saúde seguiu a trilha do Direito Internacional, abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de se tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, uma melhor qualidade de vida. O conceito de saúde evoluiu, hoje não é mais considerada como ausência de doença, mas como o completo bem-estar físico, mental e social do homem.

Assim sendo, a Constituição, em seu artigo 196, ao declarar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, deve garantir a formulação e execução de políticas públicas que visem minimizar os riscos das doenças e outros agravos. Esse

dispositivo, além de evidenciar a responsabilidade estatal na oferta de serviços públicos de saúde, deve abranger desde a prevenção até o tratamento das doenças.

Ao considerar a saúde como um direito fundamental, a Constituição de 88 permite a atuação da iniciativa privada na área da saúde suplementar. A Lei nº 9.656/1998 que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelece as diretrizes para garantir a qualidade e efetividade dos serviços prestados por esse setor.

Tal é a importância do direito à saúde no Brasil, que o ministro Luís Roberto Barroso (2023), no julgamento da Ação Direta De Inconstitucionalidade (ADI 4197), do processo: 0000933-69.2009.1.00.0000, estabeleceu a seguinte tese: “É constitucional a constituição de fundação pública de direito privado para a prestação de serviço público de saúde.”

Reconhecendo assim, que é permitido, de acordo com a Constituição Federal, criar uma fundação pública de direito privado para operar no âmbito da prestação de serviços de saúde à população. O constitucionalista, José Afonso da Silva (2018, p. 189), colabora na discussão, explicando que:

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O direito a saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperem.

O direito à saúde, conforme descrito, é regido por dois princípios fundamentais: universalidade e igualdade de acesso. O princípio da universalidade implica que todos os indivíduos tenham direito à saúde, sem distinção. Em outras palavras, o acesso aos serviços de saúde deve ser estendido a toda a população. Já o princípio da igualdade de acesso destaca a importância de garantir que todos tenham as mesmas oportunidades e condições de acesso a ações e serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde.

Ainda sobre o assunto, Álvaro Vinícius Paranhos Severo (2011, p. 214), Doutor em Direito Processual Civil pela PUCRS, amplia a noção do direito constitucional à saúde, dissertando que a proteção legislada na Constituição trata apenas sobre a prevenção e manutenção nos alívios dos sintomas, mas também da efetiva cura, dispondo que estados e municípios, juntamente com o governo federal, são responsáveis pela efetivação de tal direito:

A saúde é garantida pela atual carta magna em todas as suas formas, seja na prevenção, na manutenção, no alívio de sintomas ou na cura, atentando-se que a responsabilidade pela garantia à saúde é não apenas do governo federal, mas também dos Estados e Municípios.

A garantia do direito à saúde, como premissa fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, exige uma interpretação hermenêutica constitucional, considerando a importância e seriedade do assunto, visando sempre o objetivo comum de proporcionar uma vida saudável e digna a todos os cidadãos brasileiros.

Porém, embora o Poder Judiciário tenha um papel relevante na garantia de acesso a tratamentos médicos, é necessário encontrar equilíbrio para não comprometer a gestão e a sustentabilidade do sistema, garantindo que as decisões judiciais sejam alinhadas com os princípios constitucionais, observando também as diretrizes orçamentárias e a capacidade da iniciativa privada cumprir as obrigações impostas na esfera judicial.

2.1 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A saúde suplementar desempenha um papel significativo na oferta de serviços ambulatoriais e procedimentos médico-cirúrgicos no Brasil, complementando o sistema público de saúde, uma vez que inúmeros pacientes não encontram o tratamento em tempo adequado na rede pública.

Porém, ainda é uma realidade restrita a específica parcela população, vez que demanda um certo poder aquisitivo para contratação dos planos, principalmente os individuais, pois são mais caros que os coletivos por adesão e não conta com uma entidade de classe trabalhadora para os custear como o plano empresarial, no plano individual, o beneficente paga sozinho.

Pessoas que não contam com uma boa renda per capita, geralmente só tem acesso aos planos de saúde na modalidade coletivo empresarial, onde o empregador é responsável pela manutenção do plano, que visa a saúde do trabalhador, preocupado com seu bem-estar unicamente para fins de prestação da mão de obra, assim, as operadoras servem como uma ponte, conectando prestadores de serviços ambulatoriais aos usuários dos planos de saúde.

Segundo divulga o IBGE, os valores dos rendimentos domiciliares per capita referentes a 2022 para o Brasil e Unidades da Federação, calculados com base na

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), foi em torno de R\$ 1.625 (um mil, seiscentos e vinte e cinco reais) por pessoa.

Em contrapartida, segundo dados divulgados pela ANS, o preço médio dos planos de saúde no Brasil varia de R\$ 532,61 (modalidade coletivo, na região sudeste) a R\$ 838,59 (modalidade individual na região norte). A tabela a seguir traz esses dados e ajuda a entender como é difícil a população brasileira de modo geral ter acesso aos planos, uma vez que, na ausência do plano coletivo empresarial, contratar um plano individual que incluía cobertura ambulatorial + hospitalar, corresponde a cerca de 32,77% da renda per capita do brasileiro, vejamos:

Tabela 1: Valores Dos Planos Por Região

Tabela 1.3 - Valor Comercial Médio, Faixa Etária 44 a 48 anos, Segmentação Assistencial "Ambulatorial + Hospitalar", por Região, Dezembro de 2018 - Brasil

Região	Valor Comercial Médio Planos Individuais	Valor Comercial Médio Planos Coletivos	Diferença percentual
Nordeste	R\$ 743,36	R\$ 599,01	24,1%
Sul	R\$ 695,71	R\$ 552,42	25,9%
Centro-Oeste	R\$ 817,59	R\$ 593,07	37,9%
Norte	R\$ 838,59	R\$ 598,98	40,0%
Sudeste	R\$ 773,61	R\$ 532,61	45,2%

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 30/01/2019, 12:15h)

Nota: Média simples excluindo extremos.

Observa-se que, enquanto a diferença entre o maior e o menor valor comercial médio para os planos coletivos é de 12,5%, no caso dos planos individuais tal diferencial é de 20,5%, ou seja, valor percentual superior a 50% do observado no caso anterior.

Fonte: Nota Técnica de Registro de Produto – NTRP

Logo, é nítido, que na ausência do Estado em promover saúde de qualidade de forma hábil e inclusiva a todos cidadãos, e o encarecimento dos serviços ofertados na esfera privada pelas operadoras, a população, principalmente baixa renda, se ver desamparada e sem recursos para garantir uma qualidade vida em termos de saúde e bem-estar.

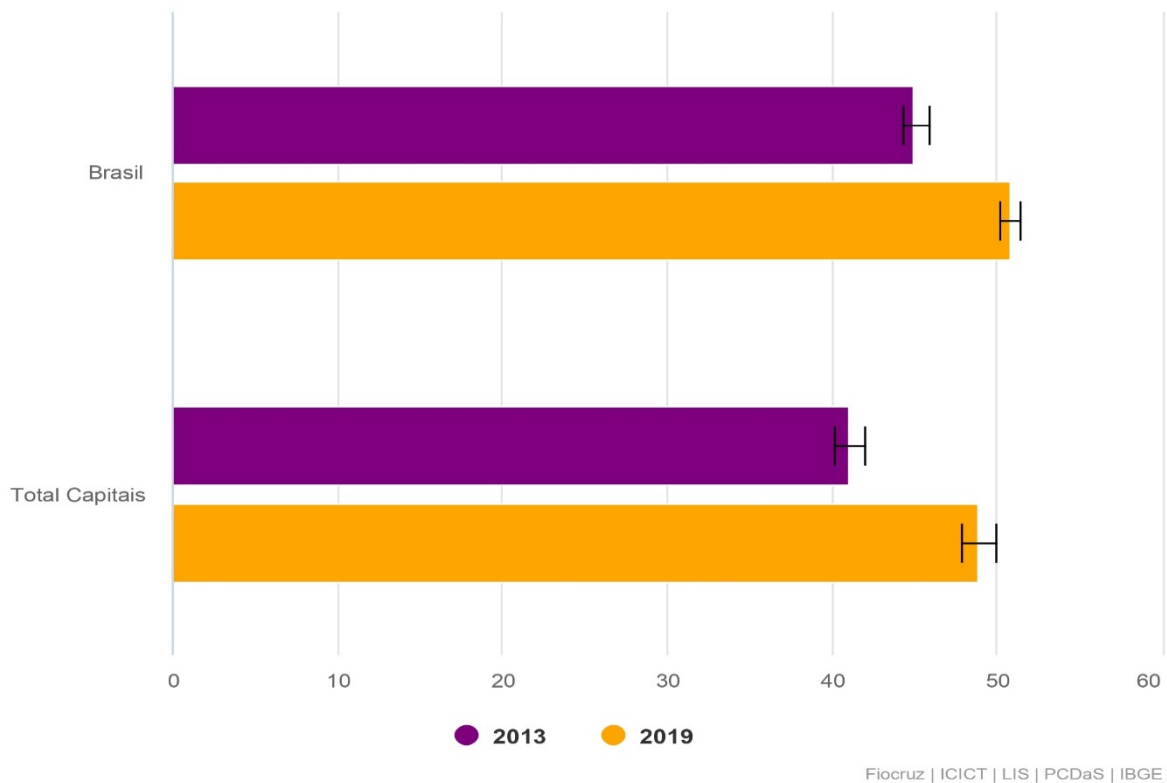
2.2 A INTEGRAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO

A complementaridade entre saúde pública e suplementar é um ponto-chave para satisfazer as demandas de um país subdesenvolvido como o Brasil, uma vez

que, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde e divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, cerca de 40% da população brasileira sofria de algum tipo Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), porém, esses dados aumentaram gradativamente em nova pesquisa realizada 5 anos depois, em 2019, e revelou que 52% das pessoas de 18 anos ou mais receberam diagnóstico de pelo menos uma doença crônica, vejamos:

Gráfico 1: Diagnóstico de DCNT

Diagnóstico médico autorreferido de pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) - Percentual - 2013 - 2019



Fonte: IBGE

Ainda, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) e noticiado pelo CNN BRASIL, 75% das mortes no Brasil são causadas por Doença Crônica Não Transmissível, essas estatísticas ajudam a entender a grande procura e necessidade da população, seja classe baixa ou média-alta, pelo atendimento de serviços de saúde, nos setores públicos e privados, mas isso também traz alguns desafios, como a necessidade de harmonizar interesses dos particulares, que buscam acima de tudo, o maior lucro com menor investimento.

Segundo José Gomes Temporão (2016), médico sanitário e político brasileiro, que serviu como Ministro da Saúde durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, há uma necessidade de integração entre o setor público e privado, para garantir a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde, como também destaca a importância da regulação eficaz para garantir a qualidade e a transparência na prestação de serviços pelos planos de saúde.

Nesse sentido, Lígia Giovanella (2012), economista e professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com expertise em políticas de saúde, tece críticas sobre o sistema de saúde brasileiro, incluindo a discussão sobre os planos de saúde. Para Lígia, a questão dos planos de saúde deve ser abordada também sob a perspectiva econômica e social, examinando como esses planos influenciam a equidade no acesso aos serviços de saúde e como podem impactar a estrutura do sistema como um todo.

Ambos os autores apontam desafios relacionados à coexistência dos setores público e privado no sistema de saúde brasileiro, enfatizando a necessidade de uma abordagem integrada e coerente para garantir o acesso universal, a qualidade e a sustentabilidade do sistema.

Diante dos desafios atuais e das perspectivas futuras, a compreensão aprofundada desse setor é crucial para o desenvolvimento de políticas e práticas que promovam a eficiência, e a qualidade na prestação de serviços de saúde no país.

2.3 O RESSARCIMENTO AO SUS

O sistema de saúde brasileiro opera em dois grandes polos: o público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, composto por operadoras de planos de saúde. No entanto, o acesso em virtude de questões financeiras entre esses dois sistemas tem sido objeto de discussão.

De acordo com fontes do Ministério da Saúde, o SUS teve sua origem na Constituição de 1988, marcando uma transição paradigmática na abordagem da saúde no Brasil. Antes, o sistema era fragmentado, sem uma cooperação central. A criação do SUS consolidou a ideia de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Desde então, houve uma evolução constante, com a implementação de políticas e programas para fortalecer a infraestrutura, capacitar profissionais e ampliar o acesso.

Apesar de ser um sistema de saúde pública, pode o SUS prestar serviços aos particulares, realizando procedimentos que é obrigação dos planos contratados cobrirem. A Advocacia Geral da União (AGU), obteve sentença favorável para uma cooperativa de saúde ressarcir o SUS pelos gastos de usuários do plano com os

procedimentos realizados na época da pandemia da Covid-19, decisão da 2ª Vara da Seção Judiciária de Roraima: “A sentença constitui um precedente importante. Embora a constitucionalidade do artigo 32 da Lei 9.656/1998 tenha sido reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, há uma série de ações judiciais buscando a abstenção de cobrança e/ou compensação de diversas formas.” (Junqueira, 2022).

Os planos privados de saúde utilizam a estrutura do SUS de diversas formas. Em alguns casos, estabelecem-se parcerias para a prestação de serviços, utilizando hospitais e clínicas conveniadas ao SUS. Isso permite uma maior oferta de serviços, otimizando recursos e ampliando a cobertura. No entanto, essa interação suscita debates sobre a justa distribuição de recursos e a manutenção dos princípios fundamentais do SUS.

A Lei 9.656/96 (BRASIL, 1996, p. 25), que regulamenta os planos de saúde no Brasil, prevê a obrigatoriedade das operadoras de ressarcir o sistema público quando seus beneficiários são atendidos na rede pública. Tal norma, está expressamente prevista no art. 32, onde se ler:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.)

§ 1º O ressarcimento será efetuado pelas operadoras ao SUS com base em regra de valoração aprovada e divulgada pela ANS, mediante crédito ao Fundo Nacional de Saúde - FNS.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desempenha um papel crucial na regulamentação do ressarcimento ao SUS, através da Resolução Normativa 358/2014 que estabelece as regras e procedimentos para apuração e cobrança do custeio. Esta Resolução traz maior clareza e eficácia ao processo, garantindo que as operadoras cumpram suas obrigações financeiras perante o Sistema Único de Saúde.

O fenômeno de ressarcimento ao SUS pelos procedimentos negados aos usuários dos planos de saúde, evidenciam, como abusivas e arbitrárias, são as práticas das operadoras, que negam a seus beneficiários, direito a realização dos procedimentos médicos por eles pactuados.

De acordo informações oficiais que constam no site da ANS, regulada pelo Ministério da Saúde do Governo Federal (2023): “O reembolso é a restituição das despesas relacionadas a cuidados médicos, como consultas, exames e outros procedimentos, que foram realizados pelo beneficiário junto a um prestador de serviços.”

Vale lembrar, que esse ressarcimento não é apenas uma questão de justiça financeira, mas também de sustentabilidade com o sistema público de saúde. A falta

de contrapartida financeira das operadoras pode sobrecarregar os recursos do SUS, comprometendo a qualidade e a disponibilidade dos serviços prestados à população em geral.

No entanto, é imperativo que se aprimorem os mecanismos de fiscalização e cobrança para assegurar a efetividade dessas medidas e garantir que o sistema de saúde tenha condições de cumprir seu papel constitucional de atender a todos os cidadãos de maneira equitativa e eficiente.

3 DOS PLANOS INDIVIDUAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Os planos individuais de saúde funcionam sob a premissa de cobertura individualizada, fornecendo assistência médica e hospitalar de acordo com as necessidades e escolhas de cada beneficiário. Esses planos podem abranger diferentes modalidades, como ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, referência e odontológica, fornecendo uma gama variada de serviços a depender do contrato feito entre o usuário e a operadora.

Uma das características dos planos individuais, ao contrário do coletivo empresarial, por exemplo, é a possibilidade de personalização da cobertura. Os beneficiários têm a liberdade de escolher o escopo de serviços que melhor atenda às suas demandas, ou que permita uma maior adequação às suas necessidades de saúde. Isso inclui desde a escolha de hospitais, médicos especialistas e até procedimentos que se alinham às preferências e critérios de cada um.




Justamente por isso, os planos individuais se tornaram uma raridade, em comparação aos coletivos, pois:

As operadoras preferem oferecer esse tipo de plano (coletivo) porque, quando há um grande número de clientes, o risco fica diluído e os custos se reduzem, e confessam que os reajustes dos planos individuais são muito protegidos pela ANS. Diante desse quadro, muitas seguradoras deixaram simplesmente de oferecer os planos individuais por causa do controle da ANS (SILVEIRA, 2009, p. 534).

A busca por um atendimento mais ágil e personalizado, a flexibilidade na escolha de serviços e a possibilidade de uma cobertura mais abrangente são algumas das principais motivações na escolha dessa modalidade de plano, que apesar de ser mais caro, é mais amplo.

A oferta de um atendimento privado em momentos de crise de saúde, também é um aspecto significativo na escolha de planos individuais. A garantia de acesso a hospitais e profissionais renomados, muitas vezes não disponível no sistema público, nem nos planos coletivos, representa um diferencial que motiva as pessoas a buscarem essa modalidade de plano de saúde. Para ilustrar as principais diferenças, segue o quadro adiante:

Figura 1: Quadro Ilustrativo

TIPO DE CONTRATO	FORMA DE SOLICITAÇÃO DO CANCELAMENTO OU EXCLUSÃO DE CONTRATO	FORMA DE COMPROVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO
 Contrato individual ou familiar	Na própria operadora	Protocolo de atendimento entregue presencialmente
	Por telefone	Protocolo de atendimento
	Pela internet (através do acesso à página da operadora na internet)	Resposta automática e protocolo de atendimento
 Contrato coletivo empresarial	Por qualquer meio à empresa a qual você está vinculado no contrato	O titular do contrato deve receber o comprovante de solicitação da operadora
 Contrato coletivo por adesão	Na operadora ou na administradora de benefícios	Comprovante de solicitação entregue presencialmente
		Protocolo de atendimento (solicitação por telefone)
		Resposta automática e protocolo de atendimento (solicitação pela internet)
	Por qualquer meio à empresa a qual você está vinculado no contrato	O titular do contrato deve receber o comprovante de solicitação da operadora

Fonte: Conselho Regional De Medicina Do Estado Do Paraná, 2017.

E, apesar dos planos individuais de saúde operarem por contratos de adesão, como se verá explanado adiante, a relação contratual também se caracteriza como contratos de trato sucessivo, em decorrência de sua longa duração:

Os contratos de planos de saúde também se caracterizam como contratos cativos de longa duração, em que o usuário dos serviços de saúde coloca-se em situação de dependência em relação à operadora, havendo a legítima expectativa de manutenção do vínculo contratual por tempo indeterminado. A esse tipo de contrato dá-se o nome de contratos de trato sucessivo (TRETTEL, 2010, p.68)

Apesar das vantagens, os planos de saúde individuais enfrentam desafios, como a variação de preços e a possibilidade de aumento das mensalidades de forma significativa. Esses desafios, aliados às questões regulatórias e à necessidade de equilíbrio financeiro para as operadoras, são elementos que demandam constante atenção e revisão do modelo.

3.1 OS CONTRATOS POR ADESÃO

Geralmente, nos planos individuais de saúde, os contratos são acordos diretos entre a operadora e o beneficiário, diferente dos planos coletivos por adesão e coletivo empresarial, que são celebrados por intermédio de uma associação de classe ou empresas que pagam os planos para seus funcionários.

No plano individual, cada pessoa pode celebrar o contrato diretamente com a operadora, de forma personalizada, incluindo coberturas, valores e prazos. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), regula esses contratos para garantir padrões mínimos de qualidade e proteção ao consumidor. A mensalidade é exigida conforme as características do plano escolhido e pode sofrer reajustes anuais autorizados pela agência.

No entanto, apesar do plano de saúde individual ser mais benéfico ao consumidor, e conseqüentemente mais caro, isso não afasta a natureza abusiva desses contratos, uma vez que, de acordo o CDC, caracteriza contratos por adesão, pois a maioria das cláusulas também são predeterminadas pela operadora, que limita a autonomia de escolha, capacidade de negociação do segurado, e evidencia uma desigualdade de poder que pode resultar em prejuízos substanciais.

A principal característica desse tipo de contratos, é que as condições são ditadas de forma prévia e pouco flexível pela empresa fornecedora, sem muito espaço para o cliente negociar e arguir o que considera pontual e necessário, por isso, é apontada por alguns juristas como uma expressão da vulnerabilidade do consumidor. Nesse sentido, se destaca que:

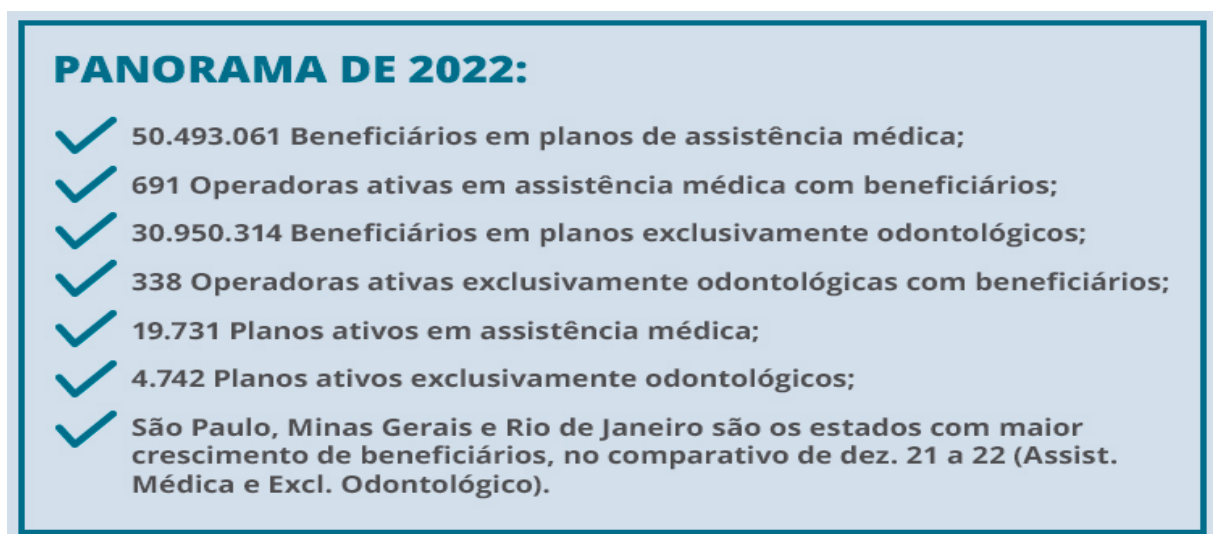
O contrato de adesão não encerra novo tipo contratual ou categoria autônoma de contrato, mas somente técnica de formação do contrato, que pode ser aplicada a qualquer categoria ou tipo contratual, sempre que seja buscada a rapidez na conclusão do negócio, exigência das economias de escala. (NERY, 2001, p. 652).

O pouco espaço para a negociação individualizada, é um dos pontos críticos apontados pela doutrina. A impossibilidade de discutir ou modificar cláusulas contratuais, muitas vezes redigidas em linguagem técnica de difícil compreensão, compromete a autonomia e a liberdade contratual do aderente. Esse cenário contraria princípios basilares do Código de Defesa do Consumidor, que preconiza a transparência nas relações contratuais.

A judicialização dessas questões é uma realidade, e a jurisprudência brasileira tem se deparado com casos que questionam a legalidade de cláusulas contratuais, consideradas como abusivas e passíveis de anulação. Mesmo com algumas decisões favoráveis aos consumidores, a morosidade do sistema judicial muitas vezes impede uma resposta célere e eficaz, ampliando o período de desamparo do usuário.

De acordos dados do próprio governo, o número de usuários dos planos de saúde bateu recorde em 2022, conforme panorama a seguir:

Figura 2 - Panorama 2022



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2023.

Isso evidencia, que o setor da saúde no Brasil é extremamente lucrativo, e ao contrário do alegado pelas operadoras, que dizem ficar no limite do prejuízo, em decorrência dos gastos não previstos para manutenção do plano. Ainda assim, os usuários têm seus direitos negados, e ao solicitarem, por exemplo, um procedimento médico que necessitam, recebem uma resposta negativa.

Essa negativa, por vezes, vem acompanhada de justificativa para ludibriar o paciente que não detém, por óbvio, conhecimento técnico da doença ao qual está acometido, muito menos saber medicinal para contrariar a decisão das juntas médicas, que o plano submete o pedido.

Assim, há divergência, entre a decisão do procedimento solicitado pelo médico assistente do usuário e a decisão da junta médica do plano, que supostamente, e de forma arbitrária, sempre entende que aquele procedimento solicitado não é o mais

indicado ao caso do paciente, principalmente quando o procedimento tem um custo maior para as operadoras de planos.

Tal situação, demonstra, de forma clara e objetiva que o intuito das operadoras é tão somente o lucro, camuflado com propagandas de preocupação com o bem-estar e saúde de futuros clientes, que são atraídos pela promessa de prestação de serviços ambulatoriais, e qualidade de vida, mas, no momento que realmente precisam fazer uso do plano para algo sério e urgente, tem sua confiança abalada, como bem explica Cláudia Marques Lima (2011, p. 523):

O contrato de plano de saúde é um contrato para o futuro, mas contrato assegurador do presente, em que o consumidor deposita sua confiança na adequação e qualidade dos serviços médicos intermediados ou conveniados, deposita sua confiança na previsibilidade da cobertura real destes eventos futuros relacionados com saúde. É um contrato de consumo típico da pós-modernidade: um fazer de segurança e confiança, um fazer complexo, um fazer em cadeia, um fazer reiterado, um fazer de longa duração, um fazer de crescente essencialidade. É um contrato oneroso e sinalagmático, de um mercado em franca expansão, onde a boa-fé deve ser a tônica das condutas.

Portanto, é perceptível que os contratos nos planos de saúde, inclusive os individuais, revelam ainda uma complexa teia de desafios que afetam diretamente o consumidor. A imposição de cláusulas unilaterais, reajustes abusivos e a falta de transparência na redação contratual, são elementos que exigem reformas legislativas e aprimoramento das práticas do setor, a fim de minimizar os prejuízos ao utilizar os serviços de saúde contratados.

3.2 AS CLÁUSULAS ABUSIVAS

Os contratos por adesão nos planos individuais de saúde são objeto de análise crítica, especialmente quando se trata das cláusulas abusivas, que prejudica os consumidores. Para compreender a extensão desse problema, é essencial adentrar na doutrina jurídica, que oferece insights sobre os aspectos negativos desses acordos e suas implicações para os segurados. Conforme exposto por Cláudia Lima Marques (2006, p. 161):

A abusividade da cláusula contratual é, portanto, o desequilíbrio ou descompasso de direitos e obrigações entre as partes, desequilíbrio de direitos e obrigações típicos àquele contrato específico; é a unilateralidade excessiva, é a previsão que impede a realização total do objetivo contratual, que frustra os interesses básicos das partes presentes naquele tipo de relação, é, igualmente, a autorização de atuação futura contrária à boa-fé, arbitrária ou lesionária aos interesses do outro contratante, é a autorização de abuso no exercício da posição contratual preponderante.

A complexidade da linguagem contratual é outra questão abordada pela doutrina, com destaque para a análise de Fabrício Bolzan de Almeida (2020, p. 1.031):

Por fim, destaca-se que a informação e devida explicação de termos técnicos deverão ser efetivamente demonstradas e, caso necessário, “traduzidas” pelo fornecedor em termos claros, sob pena de se caracterizar violação ao direito à informação e às características do contrato de adesão.

A utilização de termos técnicos e herméticos, muitas vezes incompreensíveis para o consumidor médio, cria uma assimetria informacional, dificultando a compreensão efetiva dos termos do contrato. Essa falta de clareza propicia práticas questionáveis por parte das operadoras, que se beneficiam da dificuldade do consumidor em compreender plenamente os termos do acordo.

Outro aspecto negativo é a unilateralidade na alteração das cláusulas contratuais. Em alguns casos, as operadoras podem modificar os termos do contrato sem aviso prévio ou consentimento do segurado, desestabilizando a relação contratual e confrontando o princípio da boa-fé objetiva, central no Direito do Consumidor:

Em vista disso, denota-se a importância da boa-fé objetiva para a verificação da presença ou não de abusividade nos contratos de planos de saúde, haja vista ser responsável por impor às operadoras, em razão da essencialidade do objeto contratado e da posição de dependência contratual assumida pelos usuários/consumidores.” (GOMES, 2013, p. 167).

No âmbito jurídico, a jurisprudência brasileira tem reconhecido a nulidade de cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde, buscando preservar os direitos do consumidor. No entanto, a morosidade do sistema judiciário muitas vezes impede uma resposta célere, prolongando o período de desvantagem para o aderente.

Em decisões passadas, tribunais brasileiros têm reconhecido a nulidade de cláusulas contratuais que negam a cobertura aos tratamentos ou medicamentos aos consumidores dos planos privados de saúde, um exemplo pode ser encontrado na seguinte decisão do Superior Tribunal de Justiça:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO, CLÁUSULA ABUSIVA. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n's 2 e 3/STJ) 2 Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde algum tipo de procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano. 3. Agravo interno não provido. BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. (TERCEIRA TURMA). AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL AINTARESP 1300014. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA.

PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO. CLÁUSULA ABUSIVA.
2020.

Conclui-se então, que esses contratos podem ser revistos judicialmente, caso sejam considerados lesivos de alguma forma aos usuários. O Código de Defesa do Consumidor estabelece que os contratos devem ser interpretados de forma favorável ao consumidor, e que cláusulas abusivas são nulas de pleno direito.

No caso dos contratos nos planos individuais de saúde, a abusividade pode ser verificada nos seguintes casos:

- Cláusulas que excluem a cobertura de determinados procedimentos ou tratamentos essenciais;
- Cláusulas que impõem prazos de carência excessivos;
- Cláusulas que permitem reajustes abusivos;
- Cláusulas que limitam a autonomia do profissional de saúde.

Assim, verifica-se, que mesmo os planos individuais, mais caros e menos acessíveis, não estão imunes das abusividades praticadas pelas operadoras, que além de pactuar cláusulas que deixam os usuários em situação de vulnerabilidade, também as rescinde de forma arbitrária e unilateral.

4 DA ARBITRARIEDADE DOS PLANOS DE SAÚDE

A relação entre o consumidor e as operadoras de planos de saúde é eminentemente contratual. Conforme destacado por autores como Cláudia Lima Marques (2006), a vulnerabilidade do consumidor é um elemento central nesse tipo de contrato, considerando a assimetria de informações e a dependência do usuário em relação aos serviços de saúde.

A Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde no Brasil, estabelece a obrigação das operadoras em oferecer cobertura para procedimentos médicos necessários à preservação da saúde do beneficiário.

A aplicação das normas legais que regem os contratos de planos de saúde deve ser pautada por critérios que protejam os direitos e garantias fundamentais dos consumidores, não o contrário, felizmente, decisões judiciais nesse sentido, vem adotando cada vez mais uma interpretação favorável aos usuários dos planos privados, reconhecendo a necessidade de ampliar a cobertura dos procedimentos requisitados, para evitar a negativa injustificada dos atendimentos.

O aumento da judicialização da saúde reflete a insatisfação dos consumidores frente às negativas injustificadas de cobertura. Decisões judiciais recentes, ressaltam a necessidade de garantir o acesso a procedimentos médicos, mesmo diante de cláusulas contratuais restritivas.

A atuação eficaz da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na regulação e fiscalização do setor é fundamental para coibir práticas abusivas e garantir a observância das normas legais.

A legislação brasileira, notadamente a Lei nº 9.656/98, estabelece as obrigações de cobertura para procedimentos médicos necessários à preservação da saúde dos beneficiários. A teoria da boa-fé objetiva, conforme defendida por Judith Martins-Costa (1999, p. 457), impõe que as operadoras ajam com transparência e respeito nas relações contratuais: “Apresenta-se a boa-fé como norma que não admite condutas que contrariem o mandamento de agir com lealdade e correção, pois só assim se estará a atingir a função social que lhe é cometida.”.

A importância do bem comum na relação contratual, deve ser norteadada pelo princípio da solidariedade e cooperação: “na relação obrigacional, traduz a solidariedade mediante a cooperação dos indivíduos para a satisfação dos interesses patrimoniais recíprocos, sem comprometimento dos direitos da personalidade e da dignidade de credor e devedor”. (ROSENVALD, 2007, p. 70).

Logo, uma interpretação eficiente dos contratos de planos de saúde, com base na função social do contrato, propõe que a negativa ou até mesmo restrição de procedimentos médicos, deve ser analisada não apenas sob uma perspectiva contratual, mas considerando o impacto social e humano envolvido.

A ideia de que o contrato deve cumprir função social, o que inclui até mesmo os contratos de planos individuais de saúde, encontra amparo nas palavras de Teresa Negreiros (2002, p. 206): “significa muito simplesmente que o contrato não deve ser concebido como uma relação jurídica que só interessa às partes contratantes, impermeável às condicionantes sociais que o cercam e que são por ele próprio afetadas”.

A proteção do consumidor e a efetividade do direito à saúde devem ser prioridades incontestáveis, conduzindo a uma revisão das práticas contratuais e uma

reflexão sobre a necessidade de conciliar os interesses das operadoras com o bem-estar dos beneficiários. O diálogo entre a teoria doutrinária e a prática jurídica é essencial para encontrar soluções que harmonizem as relações contratuais e resguardem os direitos fundamentais dos consumidores na busca pela equidade e justiça no âmbito da saúde suplementar.

4.1 A NEGATIVA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Um dos pontos centrais para entender a negativa de cobertura em planos individuais de saúde, é a busca das operadoras por controle financeiro. As empresas que atuam nesse setor enfrentam desafios financeiros, como a variação de preços de insumos e a pressão para manter as mensalidades acessíveis. Nesse contexto, a negativa torna-se uma estratégia para evitar prejuízos, uma vez que a cobertura de certos procedimentos representa custos elevados.

No entanto, do ponto de vista do beneficiário, a negativa gera impactos diretos na qualidade do atendimento recebido. A personalização da cobertura, que é uma característica distintiva dos planos individuais, perde sua eficácia quando os procedimentos essenciais são recusados. Isso compromete a liberdade de escolha dos beneficiários, que muitas vezes aderiram a um plano individual justamente pela possibilidade de adequar a cobertura às suas necessidades específicas.

Ademais, segundo informações oficiais obtidas no site da ANS, a negativa do procedimento solicitado deve ser justificadas por escrito:

Entra em vigor nesta terça-feira, 7/05/2013, a Resolução Normativa nº 319, que obriga as operadoras de planos de saúde a justificarem negativas de cobertura por escrito aos beneficiários que assim solicitarem. A informação deve ser transmitida ao beneficiário solicitante em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que justifiquem o motivo da negativa.

Outro aspecto relevante é a dimensão ética dessa prática. A recusa em cobrir procedimentos médicos pode colocar em xeque o princípio da equidade no acesso à saúde, já que alguns usuários dos planos podem ser privados de tratamentos necessários devido a questões financeiras das operadoras. Isso levanta uma discussão sobre a responsabilidade social das empresas do setor de saúde em garantir o acesso aos cuidados adequados, considerando principalmente que a saúde é um direito fundamental.

4.2 A NECESSIDADE DE JUDICIALIZAÇÃO

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil tem crescido nos últimos anos, com muitos cidadãos buscando no Poder Judiciário a efetivação dos seus direitos, segundo dados do Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde e Interações Público-Privadas (GEPS/FMUSP), em 2021, apenas o Tribunal de Justiça do estado de São Paulo julgou 16.286 ações de pacientes contra planos de saúde, das quais 48,2% foram sobre negativa de coberturas.

Uma das maiores queixas dos usuários dos planos de saúde, além das taxas de reajustes exorbitantes e recusa em liberação de medicamentos, é a negativa de procedimentos médicos pelas operadoras, o consumidor, ao contratar um plano na modalidade individual, busca, acima de tudo, proteção e segurança pelo que mais preza, sua vida.

Porém, no momento de maior fragilidade, ao ser diagnosticado com uma doença ou receber orientação para realizar um procedimento específico como única alternativa para tratar comorbidades, que os métodos mais simples não se mostraram satisfatórios, o beneficiário do plano tem sua esperança frustrada, ao receber resposta negativa, com justificativas que os procedimentos solicitados ou não estão cobertos pelos contratos, ou não fazem parte do rol da ANS.

Ainda acontece, de forma mais arbitrária, a operadora justificar a negativa do procedimento solicitado pelo médico assistente que acompanha o paciente, através de uma suposta decisão de junta médica, dizendo que aquele procedimento solicitado pelo especialista assistente da pessoa, não é o mais indicado para ela.

Por óbvio, a resposta negativa de uma junta médica, que consiste em profissionais contratados pelo próprio plano soa totalmente parcial, uma vez que a resposta sempre consiste em não dar provimento aos procedimentos solicitados, principalmente os mais custosos, resta então, somente recorrer ao judiciário como última alternativa, para fazer valer o direito contratado.

Muitas ações contra os planos de saúde correm nas Varas dos juizados especiais do Consumidor, por ter natureza mais célere e menos formal, é preferível para o ajuizamento das demandas, a tutela antecipada de urgência é sempre requerida, uma vez que o demandante tem pressa e não pode esperar pela urgência do procedimento a ser realizado.

Entretanto, casos mais graves como cirurgias que trazem risco a vida do consumidor do plano de saúde, continua sendo um desafio, mesmo recorrendo ao Judiciário, pois o tempo entre a decisão do magistrado e o efetivo cumprimento da operadora, mesmo se tratando de decisão em caráter de urgência, como as medidas liminares, podem configurar danos irreversíveis ao paciente que não foi atendido em momento hábil, colocando sua vida em risco.

O período de carência, junto com o argumento da junta médica, é constantemente usado pelas operadoras para contestar em juízo e negativa do procedimento solicitado, felizmente, as decisões judiciais são favoráveis ao consumidor, determinado não somente o custeio da realização do procedimento, mas também danos morais pelos transtornos sofridos.

Porém, a situação nem sempre se encerra de modo benéfico, as operadoras, como forma de retaliação, cancelam o plano do usuário ou até os coloca em uma “lista negativa”, para posteriormente aumentar a mensalidade do plano de forma desproporcional, perpetuando assim, as práticas abusivas.

Como se ver, o consumidor do plano, ao entregar nas mãos das operadoras, seu bem mais precioso, a vida, são negligenciados pela negativa de procedimentos que acarretam prejuízos diretos à saúde e até integridade física e psicológica.

4.3 AS TESES JURÍDICAS FIRMADAS PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Em 13 de setembro de 2023, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) julgou os Recursos Especiais (REsp) 1870834/SP e 1872321/SP, sob o rito dos recursos repetitivos, ao analisar o tema 1069, definindo as seguintes teses:

(i) É de cobertura obrigatória pelos planos de saúde a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente, em paciente pós-cirurgia bariátrica, visto ser parte decorrente do tratamento da obesidade mórbida.

(ii) Havendo dúvidas justificadas e razoáveis quanto ao caráter eminentemente estético da cirurgia plástica indicada ao paciente pós-cirurgia bariátrica, a operadora de plano de saúde pode se utilizar do procedimento da junta médica, formada para dirimir a divergência técnicoassistencial, desde que arque com os honorários dos respectivos profissionais e sem prejuízo do exercício do direito de ação pelo beneficiário, em caso de parecer desfavorável à indicação clínica do médico assistente, ao qual não se vincula o julgador.

O entendimento firmado pelo STJ nessas teses, é um importante avanço na luta contra a arbitrariedade na negativa de procedimentos médicos pelos planos de saúde, pois estabelece que a cirurgia plástica de caráter reparador ou funcional indicada pelo médico assistente, em paciente pós-cirurgia bariátrica, é obrigatória por parte das operadoras de planos de saúde.

Por ser costumeira a negativa de procedimentos médicos, as operadoras alegam, como justificativa, que o procedimento é experimental ou ineficaz. No entanto, essa prática é arbitrária, pois a definição de um procedimento ser experimental ou ineficaz pode variar de acordo com as características do paciente, da doença e do tratamento, e ainda assim não exclui a possibilidade do plano custear a cobertura.

Ainda, temos a seguinte decisão do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (2019):

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. PRESCRIÇÃO REGULAR DE MEDICAMENTO. ALEGAÇÃO DE TRATAMENTO EXPERIMENTAL. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL CARACTERIZADO. COMPENSAÇÃO. RAZOABILIDADE. DIREITO PROCESSUAL CIVIL. VALOR DA CAUSA. PROVEITO ECONÔMICO. ASTREINTES. EXIGIBILIDADE. FASE DE CUMPRIMENTO DE SENTENÇA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. SENTENÇA CONDENATORIA. PERCENTUAL SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. I. Os planos de assistência à saúde devem enfocados à luz do princípio da universalidade encartado no artigo 35-F da Lei 9.656/1998 e dos princípios da transparência, informação e boa-fé objetiva consagrados nos artigos 4º, caput e inciso III, e 6º, inciso III, da Lei 8.078/1990. II. **Se o contrato contempla a cobertura da doença que acomete o usuário do plano de saúde, não se pode consentir na exclusão dos meios de tratamento considerados adequados pelos médicos que o assistem.** III. **A cobertura de tratamento prescrito off label (extra bula) não pode ser recusada de forma indiscriminada pela operadora de plano de saúde, máxime quando o próprio médico que assiste o paciente se responsabiliza pela indicação e justifica sua imprescindibilidade para o tratamento.** IV. A única interpretação válida para a cláusula contratual que exclui a cobertura de tratamentos experimentais é aquela que exige a operadora quando a técnica convencional se mostra suficientemente eficaz, segura e adequada para a salvaguarda da saúde ou da vida do paciente. V. Traduz dano moral passível de compensação pecuniária o abalo psíquico causado pela recusa da operadora do plano de assistência à saúde em autorizar o uso de medicação para o tratamento da grave doença que acomete o usuário. VI. Dadas as particularidades do caso concreto, a quantia de R\$ 10.000,00 compensa adequadamente o dano moral e não desborda para o enriquecimento injustificado. VII. De acordo com o artigo 291 do Código de Processo Civil, o valor da causa deve corresponder ao real e efetivo proveito econômico pretendido pelo autor da ação. VIII. A quantificação e a exigibilidade da multa arbitrada na decisão que antecipou os efeitos da tutela jurisdicional, confirmada na sentença, pressupõem a verificação da inobservância da obrigação de fazer no procedimento de cumprimento de sentença, consoante a inteligência dos artigos 513 e 536 e seguintes do Código de Processo Civil. IX. Em se tratando de sentença genuína ou preponderantemente condenatória, os honorários advocatícios serão fixados,

prioritariamente, entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, a teor do que estabelece o artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil. X. Recurso da Ré desprovido. Recurso do Autor provido em parte. (Acórdão 1160682, 07161946920178070001, Relator: JAMES EDUARDO OLIVEIRA, 4ª Turma Cível, data de julgamento: 20/3/2019, publicado no DJE: 10/4/2019).

A operadora deve analisar, à luz das circunstâncias do caso concreto, se o tratamento é experimental ou ineficaz, não pode simplesmente se basear em critérios genéricos ou em estudos científicos realizados em condições diferentes das do paciente. A aplicação dessas teses pelos tribunais de todo o país contribui para reduzir a arbitrariedade na negativa de procedimentos pelos planos de saúde.

5 DAS NORMAS REGULATÓRIAS APLICADA AOS PLANOS INDIVIDUAIS DE SAÚDE

A legislação que envolve os planos individuais de saúde no Brasil é abrangente e busca equilibrar os interesses das operadoras e dos consumidores. Diante desse cenário, é essencial que as normas aplicada aos planos sejam dinâmicas e adaptáveis, considerando as evoluções no setor e as demandas daqueles que consomem os seus serviços.

Para tanto, os direitos concernentes aos planos devem ser positivados e não apenas existir no imaginário coletivo:

Um direito só existe juridicamente a partir da sua positivação, que estabelece seu exato alcance. Sem este reconhecimento, tem-se simplesmente uma reivindicação política, que eventualmente pode permitir a positivação dos direitos fundamentais, mas, evidentemente, não permite reivindicar direitos em âmbito jurídico. (DIMOULIS; MARTINS, 2009, p. 51).

Portanto, a positivação dos direitos aos usuários dos planos de saúde, é essencial para reivindicarem em juízo, ao Estado, a quem detém o poder da jurisdição, o efetivo cumprimento dos contratos celebrados. O desafio é encontrar um equilíbrio que promova a sustentabilidade do setor, ao mesmo tempo em que proteja os direitos e interesses legítimos dos consumidores.

5.1 A REGULAMENTAÇÃO PELA ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 pela Lei nº 9.961, tem como objetivo regular o setor de planos de saúde no Brasil, garantindo a qualidade e a adequada prestação de serviços aos beneficiários. No entanto, ao longo dos anos, a regulação dos Planos Individuais tem sido alvo de debates e

questionamentos, refletindo os desafios entre a oferta de serviços e a sustentabilidade do setor.

Inicialmente, é fundamental compreender o contexto em que os Planos Individuais de Saúde estão inseridos. Esses planos representam uma modalidade específica de assistência à saúde, direcionada a indivíduos que optam por contratar um plano para cobertura pessoal ou familiar. Diferentemente dos Planos Coletivos, os Individuais são mais suscetíveis a variações no perfil de risco e na utilização dos serviços, o que pode impactar diretamente a viabilidade financeira das operadoras.

A ANS, como entidade reguladora, desempenha um papel crucial na definição de regras e parâmetros para a oferta de Planos Individuais. A necessidade de regulação decorre da importância de assegurar a estabilidade econômica das operadoras, evitando práticas que comprometam a solidez financeira do setor e, ao mesmo tempo, garantindo que os beneficiários tenham acesso a serviços de qualidade.

Outro ponto relevante diz respeito à cobertura oferecida pelos Planos Individuais. A regulação busca garantir que as coberturas sejam adequadas e suficientes para atender às necessidades dos beneficiários. Isso envolve aspectos como a inclusão de procedimentos obrigatórios, a definição de prazos máximos para atendimentos e a transparência na comunicação das condições contratuais. Nesse sentido, a ANS tem promovido revisões periódicas nas coberturas mínimas obrigatórias, buscando adaptá-las às demandas da sociedade e às inovações tecnológicas na área da saúde.

No entanto, é importante mencionar que a regulação não é um processo estático. A dinâmica do setor de saúde e as transformações na sociedade demandam uma constante revisão das normativas. A ANS, ao longo dos anos, tem promovido consultas públicas e debates com diversas partes envolvidas, incluindo consumidores, operadoras e profissionais de saúde, para aprimorar as regras e adequá-las às necessidades do momento.

5.1.2 O ROL DA ANS, TAXATIVO OU EXEMPLIFICATIVO

O rol de procedimentos previstos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) representa um marco regulatório fundamental na prestação de serviços de

saúde pelos planos privados. Entretanto, uma complexidade dessa relação se manifesta pela prática de negativa de procedimentos, desafiando os limites de regulação.

O papel da ANS, estabelecendo um elenco mínimo de procedimentos a serem garantidos pelos planos de saúde, busca garantir um patamar adequado de assistência aos beneficiários. Essa regulação visa proteger o direito à saúde, conferindo aos consumidores uma base mínima de coberturas contratualmente garantidas.

No entanto, a prática recorrente de negativa dos procedimentos evidencia uma tensão entre as disposições regulatórias e os interesses contratuais das operadoras. As alegações relacionadas a cláusulas contratuais e questões financeiras tornam-se um ponto de atrito entre ambos.

Recentemente, em julgamento na Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, em julgamento do EREsp 1.886.929, foi definida a seguinte tese:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ROL DA ANS. TAXATIVO. POSSIBILIDADE DE MITIGAÇÃO. MEDICAMENTO DE USO DOMICILIAR. CUSTEIO. OPERADORA. HIPÓTESES. USO DOMICILIAR OU AMBULATORIAL. RESTRIÇÕES.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que **o Rol de procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo, podendo ser mitigado quando atendidos determinados critérios.**

De acordo esse pronunciamento, o rol apesar de taxativo, pode ser flexibilizado, para atender quadro específicos de saúde, portanto, pode ser entendido também como exemplificativo.

Sob a ótica jurídica, às decisões judiciais têm reconhecida a ilegitimidade de negativas arbitrárias, reforçando a primazia da proteção ao consumidor. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem sido palco de julgamentos que reiteram as obrigações das operadoras em cumprir o papel da ANS, ressaltando que a interpretação dos contratos deve ser pautada pela busca da dignidade humana e da saúde como direito fundamental.

5.2 DA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

A relação entre os consumidores e as operadoras de planos de saúde, especialmente nos contratos individuais por adesão, é objeto de intensa discussão

jurídica no Brasil. Os contratos por adesão, já explicados nesse artigo, deixa o consumidor em posição de vulnerabilidade, dada a discrepância de informações e a complexidade das cláusulas contratuais. O CDC, em seu artigo 6º, confirma a vulnerabilidade do consumidor e princípios fundamentais para a proteção de seus direitos.

A vulnerabilidade do usuário do plano na relação de consumo também é disciplinada por Fernando Rodrigues Martins (2011), ao dispor que: “Compreende-se facilmente que a pessoa consumidora é aquela dotada de fragilidade intensa, desde que cotejada no ambiente onde vive: relação com o mercado; relação com o serviço público; relação com a comunicação”.

Ainda de acordo com a Súmula 608 do STJ (2018): "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

O CDC, em seus artigos 39 e seguintes, proíbe práticas lesivas, e estabelece a nulidade de cláusulas contratuais que colocam o consumidor em desvantagem excessiva. A responsabilidade civil das operadoras de planos de saúde por eventuais danos aos consumidores também é prevista no Código, em seu artigo 14, e define a responsabilidade objetiva pelo fato do serviço.

A transparência na relação contratual e a clareza das informações prestadas pelas operadoras são fundamentais para a proteção do consumidor, os artigos 31 e 46 do CDC, prevê as obrigações de informações claras e ostensivas. Não obstante, apesar da existência de lei específica para os planos, a exemplo da Lei 9656/98, isso não impede a aplicação em conjunto do Código de Defesa do Consumidor:

Pode-se afirmar que não há antinomia entre o Código de Defesa do Consumidor e a Lei 9656/98. O CDC representa a ordem pública constitucional, não regulando contratos específicos, mas elaborando normas de condutas gerais e estabelecendo princípios a serem obedecidos em toda relação de consumo. É uma lei de função social, que goza de índole constitucional, pertencendo à categoria dos direitos humanos. Já a Lei 9.656/98 é especial, trazendo normas específicas referentes à relação de consumo existente entre fornecedores de serviços de saúde e consumidor. Dessa forma, são hierarquicamente diferentes, não possuindo a Lei 9.656/98 o poder de suprimir ou anular qualquer direito trazido ao consumidor pelo próprio CDC (PALUDO, 2005, p. 03).

Dessa forma, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor nos contratos de adesão em planos individuais de saúde é essencial para equilibrar a relação entre

consumidores e operadoras, uma vez que as decisões judiciais destacam a importância dessas normas na proteção dos direitos do consumidor, evidenciando a necessidade de uma interpretação harmônica entre as normativas específicas dos planos de saúde e as disposições gerais do CDC para proteger a vulnerabilidade dos usuários do sistema privado de saúde. De acordo com Pfeiffer (1999, p. 71):

Entretanto, com a devida vênia aos que pensam em contrário, não nos parece correto afirmar que somente a partir da edição da Lei 9.656/98 é que passou a existir a obrigatoriedade de cobertura da totalidade das doenças relacionadas pela Organização Mundial de Saúde por planos e seguros que incluíam, em conjunto ou isoladamente, o atendimento médico e hospitalar. Ocorre que as disposições do Código de Defesa do Consumidor já eram suficientes para considerar nulas as cláusulas restritiva da cobertura de algumas doenças.

Conclui-se que, a negativa de cobertura para procedimentos médicos em planos individuais de saúde não apenas viola os direitos do consumidor, mas também compromete o acesso a serviços essenciais para a manutenção da saúde. A legislação vigente, decisões judiciais consistentes e contribuições doutrinárias convergem para a necessidade de uma atuação firme em prol da proteção do consumidor, reforçando a importância de uma interpretação legal que priorize o direito à saúde e a efetivação dos contratos celebrados entre as partes.

5.3 O PROJETO DE LEI 956/22.

O Projeto de Lei 956/22, de autoria da deputada Lídice da Mata (PSB-BA), altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados em setembro de 2023 e aguarda apreciação pelo Plenário.

O projeto prevê, dentre outras alterações, a garantia da autonomia do profissional de saúde prestador na escolha da abordagem terapêutica dos pacientes com plano de saúde. Atualmente, as operadoras de planos de saúde podem restringir a liberdade de atuação do profissional de saúde, podendo, por exemplo, impor a utilização de medicamentos ou tratamentos específicos.

A proposta também estabelece que as operadoras de planos de saúde devem oferecer, obrigatoriamente, cobertura para os seguintes procedimentos:

- Cirurgias plásticas reparadoras, realizadas para corrigir deformidades congênitas ou adquiridas, sequelas de acidentes ou de doenças;

- Tratamentos para obesidade mórbida;
- Tratamentos para doenças raras;
- Tratamentos para transtornos mentais e comportamentais;
- Tratamentos para dependência química.

Além disso, o projeto prevê a criação de um fundo de custeio para o financiamento dos procedimentos de alto custo, que não sejam cobertos pelos planos de saúde.

Esse Projeto tem o potencial de gerar repercussões significativas para os usuários de planos individuais de saúde. A garantia da autonomia do médico assistente é uma medida que pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, pois permite que o profissional escolha o tratamento que considera mais adequado para o paciente.

A obrigatoriedade de cobertura para os procedimentos listados no projeto também é uma medida positiva, pois garante o acesso a tratamentos essenciais para a saúde dos usuários. O tratamento de obesidade mórbida, por exemplo, é um procedimento de alto custo que, muitas vezes, é negado pelos planos. A cobertura obrigatória para esse procedimento pode contribuir para a redução do número de mortes por obesidade no Brasil.

Além disso, a criação de um fundo de custeio para o financiamento dos procedimentos de alto custo também é uma medida importante, pois pode garantir o acesso a esses tratamentos para os usuários que não possuem condições financeiras de arcar com os custos.

Esse Projeto de Lei tem sido objeto de discussões entre as operadoras de planos de saúde e os defensores dos direitos dos consumidores. As operadoras alegam que a garantia da autonomia do profissional de saúde prestador pode aumentar os custos dos planos. Os defensores dos direitos dos consumidores, por sua vez, defendem que a autonomia do profissional é essencial para a qualidade da assistência à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, conclui-se que, o direito à saúde, apesar de premissa constitucional e dever do Estado, está longe de ser totalmente efetivo e abrangente, mesmo com todo aparato disponibilizado pelo SUS.

Nesse cenário, surgem as operadoras de planos, que inclusive são antecedentes ao sistema público brasileiro, e visam, acima de tudo, a lucratividade acompanhada de menor investimento, ainda que isso represente prejuízos aos usuários de seus serviços.

Para tal, se valem de contratos com cláusulas que são prejudiciais aos beneficiários, e práticas com potencial de riscos irreversíveis, como negativa de procedimentos médicos-cirúrgicos e restrição de cobertura aos atendimentos ambulatoriais, imprescindíveis aos tratamentos que os segurados dos planos buscam na prestação de serviços fornecidos pelas operadoras.

A problemática persiste, mesmo com a intervenção do Estado, ao aplicar sanções e obrigar os planos a cumprirem com os acordos celebrados, pois, além de muitos contratos serem abusivos com cláusulas passíveis de anulação, a decisão nem sempre chega em tempo ao paciente que necessita de atendimento urgente.

Mesmo com uma legislação substancial e órgãos reguladores do governo, a exemplo da ANS, o desequilíbrio contratual entre operadoras de planos de saúde e consumidores segue existindo.

Propostas como o mais novo Projeto de Lei 956/22, trazem esperança nessa questão, pois dá maior autonomia para o médico assistente ter a palavra final sobre os procedimentos a serem adotados, e devidamente custeado pelas operadoras, respeitando a modalidade de cada plano contratado.

Por fim, não restam dúvidas que a problemática entre as operadoras de planos de saúde e seus segurados é multifatorial, logo, a solução também é, a integração entre poder público e setor privado, intervenção estatal, propostas legislativas e controle contratual com os dispositivos legais, são os recursos aptos a minimizar os efeitos das abusividades cometidas, e garantir a cada consumidor, que antes de tudo, é um ser consciente, uma vida mais digna e humana.

7. REFERÊNCIAS

Almeida, Fabricio Bolzan de. **Direito do consumidor esquematizado - Coleção esquematizado**. coordenador Pedro Lenza. 8. ed. São Paulo. Saraiva Educação, 2020. 920 p. ISBN 9788553618019. E-book.

ANS atualiza informações sobre preços de planos de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-atualiza-informacoes-sobre-precos-de-planos-de-saude>. Acesso em: 10 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 27 out 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 2 nov 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 21 out 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 12 nov 2023.

BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça (SEGUNDA SEÇÃO). Súmula Sumula 608.** Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. 11/04/2018. 20/02/2020. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (TERCEIRA TURMA). **AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL AINTARESP 1300014.AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE TRATAMENTO. CLÁUSULA ABUSIVA. 1.** Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ). 2. Nos termos da jurisprudência desta Corte, é abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde algum tipo de procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano. 3. Agravo interno não provido. **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, JOAO GIMENEZ FERNANDES.** Relatora: RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, 17/02/2020. 20/02/2020. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. ADI 4197. **Direito Constitucional e Administrativo. Ação direta de inconstitucionalidade. Fundação pública de direito privado. Serviço público de saúde.** (ADI 4197, Relator(a): ROBERTO BARROSO, Tribunal Pleno, julgado em 01-03-2023, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 08-03-2023 PUBLIC 09-03-2023 REPUBLICAÇÃO: DJe-s/n DIVULG 22-03-2023 PUBLIC 23-03-2023). Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2662680>. Acesso em: 2 dez. 2023.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (Distrito Federal). Acórdão 07161946920178070001. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. PRESCRIÇÃO REGULAR DE MEDICAMENTO. ALEGAÇÃO DE TRATAMENTO EXPERIMENTAL. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL CARACTERIZADO. COMPENSAÇÃO. RAZOABILIDADE. DIREITO PROCESSUAL CIVIL. VALOR DA CAUSA. PROVEITO ECONÔMICO. ASTREINTES. EXIGIBILIDADE. FASE DE CUMPRIMENTO DE SENTENÇA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. SENTENÇA CONDENATORIA. PERCENTUAL SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. Disponível em: http://pesquisajuris.tjdft.jus.br/IndexadorAcordaos-web/sistj?visaoid=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&controladorId=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.ControladorBuscaAcordao&visaoAnterior=tjdf.sistj.acordaoeletronico.buscaindexada.apresentacao.VisaoBuscaAcordao&nomeDaPagina=resultado&comando=abrirDadosDoAcordao&enderecoDoServlet=sistj&historicoDePaginas=buscaLivre&quantidadeDeRegistros=20&baseSelecionada=BASE_ACORDAOS&numeroDaUltimaPagina=1&buscaIndexada=1&mostrarPaginaSelecaoTip

[oResultado=false&totalHits=1&internet=1&numeroDoDocumento=1160682](#). Acesso em: 8 nov. 2023.

Comitê de Saúde CNJ-RJ. Disponível em: <https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/plano-de-saude-deve-ressarcir-o-sus-pelo-atendimento-de-segurados-confirma-aqu-na-justica/>. Acesso em: 4 dec. 2023.

Decisões judiciais sobre planos de saúde têm recorde histórico em São Paulo.

Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/decisooes-judiciais-sobre-planos-de-saude-tem-recorde-historico-em-sao-paulo/#:~:text=Em%202021%2C%20o%20TJSP%20julhou,48%2C%25%20das%20deman-das>. Acesso em: 02 nov. 2023.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009, p. 51.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., e CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 20 nov. 2023.

GOMES, Josiane Araújo. **Contratos de assistência privada à saúde: estudo sobre a intervenção judicial para a ponderação dos interesses das operadoras e dos usuários de planos de saúde**. Orientador: Carlos José Cordeiro. 2013. 285 p. Dissertação (Pós-graduação em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia, UBERLÂNDIA, 2013. DOI <https://doi.org/10.14393/ufu.di.2013.308>. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/13208>. Acesso em: 1 nov. 2023.

IBGE divulga rendimento domiciliar per capita 2022 para Brasil e Unidades da Federação. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/36320-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2022-para-brasil-e-unidades-da-federacao>. Acesso em: 21 out. 2023.

IBGE: pelo menos uma doença crônica afetou 52% dos adultos em 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-11/ibge-pelo-menos-uma-doenca-cronica-afetou-52-dos-adultos-em-2019>. Acesso em: 30 ago. 2023.

Joseph Addison. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTYwMTY5OA/>. Acesso em: 2 dez. 2023.

Justificativa de negativa de cobertura por escrito. Disponível em:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/justificativa-de-negativa-de-cobertura-por-escrito>. Acesso em: 4 dec. 2023.

Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Esse%20momento%20marcava%20o%20nascimento>. Acesso em: 25 nov. 2023.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais**. 6. ed., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 523.

MARTINS, Fernando Rodrigues. **Constituição, direitos fundamentais e direitos básicos do consumidor**. In: LOTUFO, Renan; MARTINS, Fernando Rodrigues (Coord.). 20 anos do Código de Defesa do Consumidor: conquistas, desafios e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 157/196, p. 177.

MARTINS-COSTA, Judith. **A boa fé no direito privado: sistema de tópicos no processo obrigacional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 457.

Ministério da Saúde. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2014/res0358_27_11_2014.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20procedimentos%20administrativos. Acesso em: 13 nov. 2023.

MOURA, Elisângela Santos de. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em:

http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440.

Acesso em maio 2017.

NEGREIROS, Teresa. **Teoria do Contrato: novos paradigmas**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002, p. 206.

NERY JUNIOR, Nelson. **Código brasileiro de Defesa do Consumidor: Comentado Pelos Autores do Anteprojeto**. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

PALUDO, Daniela Maria. **A Lei 9.656/98 e o CDC**. Disponível em:

<https://docplayer.com.br/4270625-Alei-9-656-98-e-o-cdc.html>. Acesso em: 24 abr. 2021.

PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Cláusulas relativas à cobertura de doenças, tratamentos de urgência e emergência e carências**. In: MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coord.). *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 73.

Reembolso. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir-1/reembolso>. Acesso em: 13 out. 2023.

ROCHA, L. **Doenças não transmissíveis se tornam principal causa de morte no mundo, diz OMS**. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/doencas-nao-transmissiveis-se-tornam-principal-cao-de-morte-no-mundo-diz-oms/>.

Acesso em: 13 set. 2023.

Rol da ANS é taxativo, com possibilidades de cobertura de procedimentos não previstos na lista. Disponível em:

<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/08062022-Rol-da-ANS-e-taxativo--com-possibilidades-de-cobertura-de-procedimentos-nao-previstos-na-lista.aspx>. Acesso em: 1 dez. 2023.

ROSENVALD, Nelson. **Dignidade humana e boa-fé no código civil**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 70).

Setor fecha 2022 com 50,5 milhões de beneficiários em planos de assistência médica.

Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SEVERO, ÁLVARO VINÍCIUS PARANHOS *et al.* **Diálogos Constitucionais De Direito**

Público E Privado. 1. ed. Porto Alegre/RS: Livraria do Advogado Editora, 2011. 433 p. v. 1. ISBN 9788573487411. *E-book*.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 41. ed. São Paulo: Malheiros, 2018.

SILVEIRA, Karyna Rocha Mendes. **Doença pré-existente no plano de saúde**. São Paulo: Saraiva, 2009.

Superior Tribunal de Justiça. **Segunda Seção fixa teses sobre obrigação de plano de saúde custear cirurgia plástica após bariátrica**. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/21092023-Segunda-Secao-fixa-teses-sobre-obrigacao-de-plano-de-saude-custear-cirurgia-plastica-apos-bariatrica.aspx>. Acesso em: 4 dec. 2023.

Temporão, José Gomes. **A Política Nacional de Saúde do Homem por José Gomes Temporão**. Entrevista cedida ao Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), Rio de Janeiro/RJ. 19 de jul. de 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/S4vpWs3sWzFJX9B9jT7xZKj/>. Acesso em: 28 nov 2023.

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

Up&Up - Coldplay. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/coldplay/up-e-up/>. Acesso em: 3 dez. 2023.

AGRADECIMENTOS

À senhora Elcy Maria, minha mãe, cujo estímulo aos estudos e conscientização de sua importância moldou minha trajetória.

Ao meu pai, Joaquim, que se fez presente em diversos momentos.

Aos meus avós maternos, Laurinda e Silvestre, e aos avós paternos, Maria e Gonçalo, cujo legado abriu caminho na construção sólida da base familiar (*In memoriam*).

À professora Fernanda Ferreira, cujos feedbacks deram uma contribuição inestimável.

À Dra. Ana Porto, responsável por despertar meu interesse pelo assunto, conferindo a seriedade que o tema merece.

A todos vocês, obrigado.

We're gonna get it, get it together, I know. Gonna get it, get it together and flow. Gonna get it, get it together and go. Up, and up, and up.

[...] When you're in pain, when you think you've had enough. Don't ever give up. Don't ever give up.

(Believe in love).

Up&Up (COLDPLAY, 2015).