

ROTEIRO PARA ANÁLISE DE
CLÁUSULAS OU PRÁTICAS ABUSIVAS

**EM CONTRATOS
DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS POR
OPERADORAS DE
PLANOS DE SAÚDE**

ASSESSORIA JURÍDICA DO PROCON-MG

ANO 2022

ELABORAÇÃO

GLAUBER S. TATAGIBA DO CARMO

Coordenador do Procon-MG e Promotor de Justiça

EQUIPE DA ASSESSORIA JURÍDICA

CHRISTIANE VIEIRA SOARES PEDERSOLI

Coordenadora

ALINE DE MELO QUEIROZ

Assessora

ANTONIUS VITORIANO FERNANDES

Oficial do MPMG

CAMILA NASCIMENTO DE MELO

Terceirizada

CLARA ATAÍDE LOPES DE SOUZA

Estagiária de Pós-Graduação

FERNANDO LUCAS DE ALMEIDA PEREIRA

Assessor

JULIANA RIBEIRO

Oficiala do MPMG

RAFAELA MEDEIROS DE SOUZA

Estagiária de Pós-Graduação

REGINA STURM VILELA

Assessora

RICARDO CÉSAR AUGUSTO AMORIM

Assessor

SIMONE DIOGO DE SOUZA

Estagiária de Pós-Graduação

THAINÁ DE OLIVEIRA LAGE CARDOSO

Estagiária de Pós-Graduação

VICTOR AUGUSTO MARCATTI MARINHOS

Estagiário de Pós-Graduação

SUMÁRIO

Roteiro para análise de cláusulas ou práticas abusivas em contratos de prestação de serviços prestados por operadoras de planos de saúde

Assessoria Jurídica do Procon-MG

Sumário

1 DOS PARÂMETROS NORMATIVOS E INTERPRETATIVOS ANALISADOS.....	06
2 BREVE HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE.....	07
3 CONCEITO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	11
3.1 Da classificação dos contratos.....	13
3.1.1 Da época da contratação.....	13
3.1.2 Da modalidade de contratação.....	16
3.1.3 Da segmentação da cobertura.....	17
3.1.4 Da área geográfica de abrangência.....	17
4 DA PREVISÃO CONSTITUCIONAL E APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	18
5 DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO.....	21
5.1 Da legitimidade para atuação na esfera judicial.....	21
5.2 Da legitimidade para atuação na esfera administrativa.....	24
6 DAS CLÁUSULAS OU PRÁTICAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
I) ESTIPULAR LIMITE DE PRAZO NOS CASOS DE INTERNAÇÃO - É abusiva cláusula contratual que limita no tempo a internação hospitalar do segurado - Súmula 302 do STJ - Artigo 12, II, da Lei Federal nº 9.656/98.....	28

- II) PREVER CARÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NAS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA - É de 24 horas o prazo máximo de carência para os atendimentos de urgência e emergência, contadas da contratação. Súmula 597 do STJ. Artigo 12, V, “c” c/c artigo 35-C, I, da Lei Federal nº 9.656/..... 30
- III) EXCLUIR COBERTURA DE PRÓTESE, TAIS COMO “STENT” E MARCAPASSO, SE ESSENCIAIS AO ATO CIRÚRGICO - Somente se permite a exclusão de cobertura de órteses, próteses e seus acessórios se não estiverem ligadas ao próprio ato cirúrgico. Artigo 10, inciso VII, da Lei Federal 9.656/1998 c/c artigo 424 do Código Civil de 2002, Resolução Normativa nº 465/21 da ANS..... 34
- IV) SUSPENDER ATENDIMENTO POR ATRASO NO PAGAMENTO DE UMA ÚNICA PRESTAÇÃO MENSAL - Artigo 13, § único, II, da Lei Federal 9.656/98. Artigo 17, § único, da Resolução da ANS nº 195 / 2009 36
- V) NEGAR COBERTURA DE PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTES QUE NÃO SEJAM DE RIM, MEDULA E CÓRNEA - A negativa de cobertura de transplante - apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente - sob alegação de estar previamente excluído do contrato é prática abusiva e fere a boa-fé objetiva. Art. 422, do Código Civil. Art. 6º, inc. III c/c art. 46 c/c art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor..... 38
- VI) NEGAR COBERTURA DE TESTE RÁPIDO DE DETECÇÃO DE ANTÍGENO SARS-CoV-2 (Covid-19), ATENDIDOS OS REQUISITOS ELENCADOS PELA ANS. Resolução Normativa nº 478 da ANS..... 40
- VII) EXIGÊNCIA DE NOVA CARÊNCIA PELA MORA DO CONSUMIDOR - São nulas as cláusulas que preveem que, no caso de mora do consumidor em relação ao pagamento de parcela, haverá novo prazo de carência para o restabelecimento do atendimento. Artigo 13, § único, II, da Lei 9.656/98, Súmula Normativa nº. 28 da Agência Nacional de Saúde..... 41
- VIII) COBRAR MULTA EM CASO DE CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE - Cláusula de fidelidade em contratos de plano de saúde é ilegal. Resolução Normativa nº 455/20 da ANS..... 45
- IX) NEGAR COBERTURA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS - A exclusão de doenças denominadas infecto-contagiosas em contrato de plano de saúde, a exemplo da meningite ou AIDS, configura conduta abusiva.....47

X) EXIGIR A ASSINATURA DE CHEQUE-CAUÇÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR EMERGENCIAL. Lei Federal nº 12.653/2012. Resolução Normativa nº 496 da ANS. Artigo 39, V, do Código de Defesa do Consumidor.....	48
XI) EXCLUIR TRATAMENTO DOMICILIAR (“HOME CARE”) QUANDO ESSENCIAL PARA GARANTIR A SAÚDE E A VIDA DO SEGURADO. Artigo 47 c/c 51, IV do Código de Defesa do Consumidor. Súmula nº 338 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.....	51
XII) PROCEDER AO REAJUSTE DO PLANO DE SAÚDE EM RAZÃO DA FAIXA ETÁRIA SEM OBSERVAR OS TRÊS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS - Os planos de saúde individuais e coletivos podem ser reajustados de acordo com a faixa etária do beneficiário, desde que o aumento obedeça a três regras: tenha previsão contratual, siga normas de órgãos governamentais reguladores e não seja feito aleatoriamente, com aplicação de percentuais desarrazoados. Tema 952 do STJ.....	54
XIII) DESCRENCIAR HOSPITAL, CLÍNICA OU LABORATÓRIO SEM SUBSTITUIÇÃO POR UM EQUIVALENTE - É garantido aos consumidores de planos de saúde a manutenção da rede de profissionais, hospitais e laboratórios credenciados conforme contratado. Artigo 17 da Lei Federal nº 9.656/98.....	56
XIV) DESCUMPRIR PRAZOS ESTABELECIDOS PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 259 DA ANS - A demora no atendimento diante da longa espera enfrentada para realizar consultas, exames e cirurgias, descumprindo os prazos estabelecidos pela Resolução 259 da ANS, configura prática abusiva	58
XV) NEGAR COBERTURA DE RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO DO CONSUMIDOR, NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS O PARTO, MESMO SEM VÍNCULO CONTRATUAL DIRETO – Até o 30º dia, a cobertura para o recém-nascido decorre do vínculo contratual entre a operadora e a parturiente, beneficiária de plano que inclui atendimento de obstetrícia; a partir do 31º dia, a cobertura para a criança pressupõe a sua inscrição como beneficiária – momento em que se forma o vínculo contratual entre ela e a operadora, tornando-se exigível o pagamento da contribuição correspondente. Artigo 12, III, “a” e “b”, da Lei Federal nº 9.656/98. Item 4 da Súmula Normativa nº 25, de 13 de setembro de 2012 da ANS.....	60
7 MODELOS DISPONÍVEIS.....	64
8 NOTAS DE FIM	65
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

1 DOS PARÂMETROS NORMATIVOS E INTERPRETATIVOS ANALISADOS

- Constituição da República de 1988;
- Código de Defesa do Consumidor – Lei Federal n.º 8.078/90;
- Código Civil/2002;
- Lei Federal nº 9.656/98 - Lei de Planos de Saúde;
- Lei Federal nº 9.961/2001 - Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- Resolução Normativa n.º 465/2021, da ANS;
- Resolução Normativa n.º 478 da ANS;
- Resolução Normativa n.º 455/20 da ANS;
- Resolução Normativa n.º 259/11 da ANS;
- Súmulas do Superior Tribunal de Justiça;
- Julgados dos Tribunais brasileiros.



2 BREVE HISTÓRICO DA REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, ao consagrar o direito à saúde como direito fundamental, impõe ao Estado a obrigação de estabelecer políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doenças, bem como de assegurar o acesso universal às ações e serviços para a sua proteção, conforme disposto em seu artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Acontece que, anteriormente à Constituição de 88, a saúde não era reconhecida como um direito fundamental no Brasil, motivo pelo qual somente os trabalhadores contribuintes da previdência social tinham acesso aos serviços públicos. Já aos serviços privados, o acesso era restrito àqueles que contavam com planos de saúde ofertados por seus empregadores (GUSMÃO, Liziane Peter da Silva e col., Planos de Saúde e Relação de Consumo. 1ª Edição. Brasília: Escola Nacional de Defesa do Consumidor, 2020, p.23).

A partir da sua promulgação, uma vez que a saúde se tornou um direito fundamental efetivo, positivado, passou a ser, assim, um direito indispensável, imprescindível quando se fala em garantia à dignidade humana, sendo reforçado como um dever do Poder Público.

Embora tenha sido imposto ao Estado o dever de regulamentar a questão, garantindo o acesso universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução não necessariamente é feita diretamente pelo Poder Público, assunto trazido pelo artigo 199 da Constituição, que ordena que *“a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”*.

Isso porque o atendimento às inúmeras demandas dos cidadãos nem sempre é eficiente quando desempenhado pelo Estado, seja pelos custos exorbitantes provenientes dos tratamentos ou pela falta de leitos e espera, fato que torna a prestação integral dos serviços de saúde inviável.

Em virtude da tensão existente na situação narrada, principalmente em se tratando do desejo da sociedade de ter sua necessidade de atendimentos plenamente atendida, concluiu-se pela indispensabilidade do suporte conferido pelas entidades privadas, obtendo-se, pois, respaldo no artigo já mencionado.

Em assim sendo, diante desse cenário, o cidadão passa a ter acesso à saúde por meio das seguintes formas: a) pelo acesso universal e gratuito à rede pública, com financiamento pelo Poder Público; b) pela rede particular financiada, que abarca apenas uma parcela ínfima da população, que tem condições financeiras para arcar com os altos custos dos tratamentos sem prejuízo de seu sustento; c) pelo sistema de saúde suplementar, mediante a contratação de um plano de saúde.

Após o advento do Código de Defesa do Consumidor, no início dos anos 1990, os abusos consumeristas praticados pelos planos de saúde começaram a ficar muito mais evidentes, o que gerou a necessidade de uma regulamentação do sistema de saúde suplementar.

Ante a ausência de regulamentação relativa à assistência prestada, um ambiente propício para que os planos de saúde cometessem abusos na prestação de serviços foi criado, ocasionando inúmeros conflitos, os quais foram exemplificados pela doutrina a seguir:

A omissão do Estado, inexistindo regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo, contribuiu para tensionar as relações entre usuários e operadoras de planos de saúde. Conflitos concretos tornaram a regulamentação prioridade na agenda setorial, dentre eles: o aumento de reclamações de consumidores em Procons e na Justiça, decorrentes de abusos nos ajustes de preços e negativas de atendimento, burocratização dos procedimentos para segurados e prestadores, além das denúncias sobre atitudes antiéticas e ameaçadoras da vida e saúde dos usuários de serviços vinculados aos planos de seguro-saúde; a denúncia de problemas de solvência (ou falência) de empresas; e questões relacionadas ao subfinanciamento setorial e à necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica (ALMEIDA, 1998, p. 13 e 39-40). (TRETTEL, 2009, p. 33-34).

Com o objetivo de promover a efetiva regulamentação, bem como a fiscalização para uma eficaz proteção dos consumidores, entrou em vigor, em 3 de junho de 1998, a Lei Federal nº. 9.656 - Lei dos Planos de Saúde, cujas normas abarcam os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Logo, a partir de sua vigência, inúmeras práticas encontradas nos contratos passaram a ser vedadas em prol da proteção dos consumidores, como o fato de as operadoras passarem a ter o dever de garantir uma cobertura mínima aos seus usuários, prevista em um rol específico de procedimentos em saúde da ANS, definido pela Resolução Normativa nº 465/2021, bem como os contemplados na CID (Classificação Internacional de Doenças) da OMS (Organização Mundial de Saúde).

Isso posto, não restam dúvidas de que a finalidade da regulamentação é agenciar a defesa do interesse público no ramo da saúde suplementar, regular as operadoras setoriais, notadamente em relação às suas relações com prestadores e beneficiários, contribuindo, pois, para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil.

Considerando-se a necessidade de regular o mercado de uma forma ainda mais harmônica, a fim de possibilitar uma melhor aplicação da Lei dos Planos de Saúde, foi criada, pela Medida Provisória 1.928 de 1999 - que foi convertida, em janeiro de 2000, na Lei Federal nº 9.961/2001 -, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Elaine Gonçalves Vianna¹, *“as Agências Reguladoras possuem natureza jurídica de autarquia especial, sendo pessoas jurídicas de direito público, independentes da Administração Pública Direta e dotadas de poderes normativos, fiscalizatórios e sancionatórios”*.

Em vista disso, pode-se dizer que a ANS é responsável por definir o trato regulatório a ser dado às operadoras e por atuar na manutenção do equilíbrio econômico do mercado, devendo agir para que o usuário não seja prejudicado em suas relações contratuais, além de manter canais abertos de atendimento para registrar as reclamações advindas dos consumidores.

Por consequência, obrigatoriamente, as operadoras de planos de saúde necessitam de registro perante a agência reguladora para o seu funcionamento, sendo que tal permissão é concedida e emitida pela ANS às pessoas jurídicas devidamente registradas, para que possam realizar operações no setor, conforme previsto no artigo 4º, XX, da Lei Federal nº 9.961/2000².

Por fim, para obterem a autorização em comento, as operadoras devem atestar a sua capacidade de atendimento e a constituição de garantias financeiras, além da necessidade de publicidade dos balanços, cujas exigências estão dispostas na cartilha denominada “Autorização de Funcionamento”³, disponibilizada no site da ANS.

1 (VIANNA, Elaine Gonçalves et al. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Ano 3. Nº 3. 2019, p.12).

2 Art. 4º Compete à ANS:

(...)

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

3 Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Registro_de_operadoras/Cartilha_Autorizacao_de_Funcionamento__002_.pdf>. Acesso em: 18. abr. 2022.



3 CONCEITO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ato contínuo, necessário entender a conceituação de contrato de prestação de serviços de saúde, que pressupõe a formalização de um negócio a partir do pagamento, pelo contratante, de determinado valor ao contratado, o qual, junto a seus colaboradores, fornece àquele atendimento médico e demais serviços relacionados.

À vista disso, tem-se que o plano privado é o contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, mediante o pagamento de um valor pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, a fim de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde. É o que prevê o artigo 1º, I, da Lei Federal nº 9.656:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

(...)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

Assim, é um contrato típico de adesão, não tendo o consumidor, regra geral, ingerência nas cláusulas elaboradas pelas operadoras. Contudo, a liberdade da operadora para definir os termos do contrato não é ampla, já que deverá haver um conteúdo mínimo, previsto na regulação da Agência Nacional da Saúde (ANS), bem como devem ser observadas as regras do Código de Defesa do Consumidor.

Trata-se, também, de um contrato bilateral, comutativo, aleatório e oneroso, sendo o equilíbrio econômico-financeiro do contrato estabelecido pela relação firmada entre a cobertura de serviços ofertada pelo fornecedor e a retribuição paga pelo contratante, a qual deverá ser mantida durante a sua vigência.

Esses contratos possuem, por sua natureza, um trato sucessivo e contínuo, mantendo um vínculo entre as partes por muitos anos, assegurando, ao contratante, a cobertura prevista, por meio do pagamento de um preço fixo - o qual poderá ser acrescido devido à existência de coparticipação -, sendo os serviços prestados por uma rede de assistência em saúde (contratada, própria, cooperada, etc.).

A finalidade do referido contrato é garantir assistência à saúde, por prazo indeterminado e sem limite financeiro, mediante o atendimento efetivado por profissionais ou serviços de saúde, que podem ser livremente escolhidos pelo contratante. É o que preconiza o artigo 1º, I da Lei Federal 9.656/1998 – que será analisada em momento oportuno -:

Art. 1º - Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou

serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

De acordo com a mesma lei, em seu artigo 16, há a previsão de alguns pontos que devem integrar o contrato com muita clareza, quais sejam:

- a) o início da vigência;
- b) as condições de admissão;
- c) os períodos de carência;
- d) o regime de contratação;
- e) os eventos cobertos e excluídos;
- f) a franquia, os limites financeiros ou a coparticipação;
- g) a área de abrangência geográfica;
- h) os bônus, descontos ou o agravamento da prestação;
- i) os critérios de reajuste e de revisão da prestação e o número de registro da ANS.

3.1 Da classificação dos contratos

3.1.1 Da época da contratação

No que tange à época de contratação, os planos de saúde são classificados em planos antigos (não-regulamentados) ou planos novos (regulamentados). Os não-regulamentados são aqueles cujo contrato se deu antes da vigência da Lei Federal nº 9.656/1998, enquanto os regulamentados têm seus contratos firmados posteriormente a ela.

O Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário 948634⁴, consolidou entendimento no sentido de que as disposições da Lei Federal nº 9.656/98 somente se aplicam aos contratos celebrados a partir de sua vigência e aos que tenham sido adaptados ao seu regime, **e não aos beneficiários que optaram por manter os planos antigos inalterados.** Vejamos:

4 STF - RE 948634 (Número único: 0019267-16.2010.8.21.9000). Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Data de Julgamento: 20/10/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 18/11/2020.

RECURSO EXTRAORDINÁRIO REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. TEMA 123 DA SISTEMÁTICA DA REPERCUSSÃO GERAL. DIREITO CIVIL. APLICAÇÃO DA LEI NO TEMPO. PLANOS DE SAÚDE. LEI 9.656/1998. DISCUSSÃO SOBRE A SUA APLICAÇÃO EM RELAÇÃO A CONTRATOS FIRMADOS ANTERIORMENTE À RESPECTIVA VIGÊNCIA.

(...)

X – Os contratos de planos de saúde firmados antes do advento da Lei 9.656/1998 constituem atos jurídicos perfeitos, e, como regra geral, estão blindados contra mudanças supervenientes, ressalvada a proteção de outros direitos fundamentais ou de indivíduos em situação de vulnerabilidade. XI - Nos termos do art. 35 da Lei 9.656/1998, assegurou-se aos beneficiários dos contratos celebrados anteriormente a 10 de janeiro de 1999 a possibilidade de opção pelas novas regras, tendo o § 4º do mencionado dispositivo proibido que a migração fosse feita unilateralmente pela operadora. XII – **Em suma: As disposições da Lei 9.656/1998, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como nos contratos que, firmados anteriormente, foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados.** XIII - Recurso extraordinário a que se dá provimento. (STF - RE: 948634 RS, Relator: RICARDO LEWANDOWSKI, Data de Julgamento: 20/10/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 18/11/2020). (Grifo nosso).

Em resumo, segundo o Relator Ricardo Lewandowski, os contratos de planos de saúde firmados antes da Lei Federal em discussão podem ser considerados atos jurídicos perfeitos e, como regra geral, estão blindados às mudanças supervenientes das regras vinculantes. Assim, o exame de cláusulas contratuais estipuladas entre as partes, os termos da apólice, a cobertura e suas exclusões *“não devem submeter-se à legislação posterior a ponto de torná-los inócuos ou desvirtuar seu propósito”*.

Importa ressaltar, ainda, que não há prejuízo da aplicação do Código de Defesa do Consumidor, especialmente em se tratando de cláusulas contratuais consideradas abusivas. É o que explica Daniela Batalha Trettel:

O Código de Defesa do Consumidor foi um divisor de águas na defesa do usuário de planos de saúde diante das práticas restritivas de direito das operadoras de planos de saúde. Em vigor a nova lei, começou o debate acerca da sua aplicabilidade aos contratos anteriores a ela. Contratos anteriores à vigência do Código de Defesa do Consumidor. O Superior Tribunal de Justiça entende que o contrato de plano de saúde é contrato de trato sucessivo, caracterizado pela prestação continuada no tempo, sendo o Código de Defesa do Consumidor aplicável aos fatos que ocorreram após a sua entrada em vigor. 'a questão fundamental a ser dirimida é sobre a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, considerando que o contrato é anterior. Mas, na minha compreensão, esta terceira turma já decidiu que nos contratos de execução continuada incide o Código de Defesa do Consumidor (Resp nº 331.860/RJ, DJ de 5/8/02), não sendo os fatos narrados anteriores a sua vigência (...) No mesmo sentido ainda os Recursos Especiais 244.847/SP, julgamento em 19/5/05, relator Ministro Pádua Ribeiro; 735.168/RJ e 986.947/RN, ambos julgados em 11/3/08 e relatados pela Ministra Nancy Andrichi (2010, p. 99). (TRETTEL, Daniela Batalha, **Planos de Saúde na Visão do STJ e do STF**. São Paulo: Verbatim, 2010, p.33)

Entretanto, nos casos em que os planos antigos são alterados, adaptados ao seu regime, ou seja, se houver aditamento do contrato (adaptação) ou substituição por um novo com a mesma operadora (migração), será aplicada a Lei Federal 9.656/98, conforme previsão em tese de repercussão geral fixada.⁵

Relevante ressaltar o cenário em que há contratos celebrados após a vigência do Código de Defesa do Consumidor e anteriormente à Lei Federal 9.656/1998, ao qual será aplicado, também, as normas do CDC.

Por último, para os contratantes que tiverem celebrado o contrato após a vigência da Lei Federal 9.656/98, há a obrigatoriedade de aplicação tanto da Lei de Planos de Saúde quanto do Código de Defesa do Consumidor, considerando a complementaridade existente entre os dois diplomas jurídicos. Acerca da questão, também explica Trettel:

A Lei dos Planos de Saúde mantém com o Código de Defesa do Consumidor uma relação de complementaridade, descendo a minúcias do setor que não precisam e não devem estar no código, que se propõe uma lei que traga "perspectiva e diretrizes". Não existe conflito de leis no tempo. Lei 9656/98 e CDC são aplicados concomitantemente aos planos de saúde.

⁵ "As disposições da Lei 9.656/1998, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como nos contratos que, firmados anteriormente,

E havendo silêncio da lei específica, ou sendo esta inaplicável, aplica-se somente o Código, que trata indistintamente de todas as relações de consumo (2010, p. 70).

A partir da análise realizada, resta incontroverso que deverá ser aplicada a chamada Teoria do Diálogo das Fontes, exposta pela Professora Cláudia Lima⁶ Marques, cuja definição consiste na aplicação da norma mais favorável ao consumidor, quando da existência de duas fontes normativas.

3.1.2 Da modalidade de contratação

Os planos contratados se distinguem, também, de acordo com a modalidade de contratação, entre planos individuais/familiares e planos coletivos.

O individual é aquele contratado pelo consumidor (pessoa física) em seu nome e/ou de sua família e, conforme a ANS, é aquele *“que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar”*.⁷

Em contrapartida, o coletivo é a modalidade que envolve a presença de uma pessoa jurídica como contratante, que funciona como um intermediário, a exemplo dos contratos empresariais, nos quais uma empresa contrata o plano de saúde para os seus empregados.

Logo, quanto à diferenciação entre as duas modalidades, entende Daniela Trettel⁸ (2009, p. 20):

(...) Os planos individuais ou familiares diferem dos planos coletivos por existir nestes, na contratação, a intermediação de uma pessoa jurídica entre usuário e operadora de plano de saúde, que pode ser a empresa empregadora do usuário, associação ou sindicato.

Os contratos coletivos, segundo o disposto pela ANS na Resolução 195/09, são definidos de acordo com a natureza do mencionado intermediário, o qual pode ser empresarial ou por adesão.

Desse modo, segundo o artigo 5º da mencionada Resolução, o plano coletivo empresarial é aquele que *“oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia estatutária”*.

foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados”

Já o coletivo por adesão, com fulcro no artigo 9º, “é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial”. A título de exemplo, tem-se aquele em que uma entidade representativa negocia e fecha um contrato com uma administradora de benefícios visando ao fornecimento de planos de saúde aos seus colaboradores.

3.1.3 Da segmentação da cobertura

A classificação em questão diz respeito à cobertura realizada pelo plano de saúde contratado, isto é, à segmentação assistencial que compreende os procedimentos previstos pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e pelo contrato firmado.

Em resumo, a partir da vigência da Lei Federal 9.656/98, para cada segmentação passou a existir uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol em questão, o qual é revisado a cada dois anos.

Quanto às possíveis segmentações de cobertura, as previstas por aquela lei são as seguintes:

- a) Plano ambulatorial;
- b) Plano hospitalar sem obstetrícia;
- c) Plano hospitalar com obstetrícia;
- d) Plano-referência;
- e) Plano ambulatorial e hospitalar, sem obstetrícia;
- f) Plano ambulatorial e hospitalar, com obstetrícia.

3.1.4 Da área geográfica de abrangência

Em relação à área de abrangência geográfica do contrato, os planos de saúde podem prever dois tipos de cobertura, quais sejam, a nacional – a partir da qual dispõem da prestação do atendimento em todo o território nacional – e a limitada ao atendimento em regiões especificadas no contrato firmado – podendo ser de abrangência estadual ou municipal.

(STF - RE 948634 (Número único: 0019267-16.2010.8.21.9000). Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Data de Julgamento: 20/10/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 18/11/2020).



4 DA PREVISÃO CONSTITUCIONAL E APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Sabe-se que a relação de consumo é uma relação jurídica na qual se identificam, necessariamente, um consumidor e um fornecedor e a compra e/ou venda de um produto ou serviço.

Partindo-se desse pressuposto, não há dúvidas de que os contratos de planos de saúde estabelecem uma relação de consumo, havendo, assim, a incidência das normas dispostas pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme previsão expressa no artigo 35-G, da Lei nº. 9.656/98 e incidência da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

Lei n.º 9.656/98

Art. 35-G – Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei as disposições da Lei nº 8.078, de 1990.

Súmula 608/STJ - Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

Ainda sobre o tema, possível concluir que os planos de saúde são prestadores de serviços e estão inseridos no conceito de fornecedor trazido pelo artigo 3º do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Salienta-se que o direito à saúde deriva do direito à vida e é garantidor da dignidade da pessoa humana. Por isso, recebeu, em diferentes sentidos, ampla proteção constitucional, dentre eles: artigo 1º da Constituição Federal, no qual a dignidade da pessoa humana é elencada como fundamento da República do Brasil; artigo 5º, que diz respeito aos direitos e garantias fundamentais, o qual assegura a inviolabilidade do direito à vida; artigo 6º, que qualifica a saúde como direito social.

Outrossim, o direito discutido é garantido universalmente pelo artigo 196 do mesmo diploma normativo, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sobre as disposições do direito constitucional à saúde, destaca-se, ainda, o texto do artigo 197 da Constituição Federal, o qual estabelece o seguinte:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

José Luiz Toro da Silva⁹, ao comentar o aludido artigo, ressalta que

(...) Tal atribuição de relevância pública traz como consequência que o Poder Público pode regulamentar, fiscalizar e controlar as atividades do Poder Público ou da iniciativa privada, nos limites da lei, quando exerçam aludidas ações ou serviços de saúde. O texto constitucional deixa expresso que essas atividades poderão ser exercidas por pessoas físicas ou jurídicas.

Portanto, ainda que o acesso à saúde seja prestado pela iniciativa privada, não há perda de seu caráter de relevância pública, fato que impõe restrições e cuidados a todos aqueles que decidem prestar tais serviços e, obviamente, devem arcar com as responsabilidades que lhes foram conferidas, vez que os consumidores, ao celebrarem um contrato de plano de saúde, pretendem ter amparado o seu direito de proteção contra eventuais riscos à saúde, bem como o de responsabilização das empresas em caso de descumprimento das obrigações.

Em relação ao tema, a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon) já emitiu parecer técnico sobre a relação de consumo verificada nos contratos em questão, através da Nota Técnica n.º19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012¹⁰, onde se lê:

(...) conclui-se que a contratação de planos privados de saúde – em qualquer de suas modalidades, quer coletivos, quer individuais – constitui-se, necessariamente, numa relação de consumo prevista no CDC.



5 DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

5.1. Da legitimidade para atuação na esfera judicial

No que tange à legitimidade do Ministério Público, tem-se que é claramente prevista na Constituição Federal, em seu artigo 127, que aponta como dever dessa instituição o zelo pelo total respeito aos chamados direitos individuais indisponíveis:

Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos **interesses sociais e individuais indisponíveis**.

Sob a mesma perspectiva, entendeu o Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

APELAÇÃO CÍVEL - **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** - PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO - SAÚDE - DIREITO INDIVIDUAL INDISPONÍVEL - REJEIÇÃO - PLANO DE SAÚDE - MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE URTICÁRIA CRÔNICA RESISTENTE AO USO DE ANTIHISTAMÍNICOS EM DOSE MÁXIMA - OMALIZUMABE 300mg - PRESCRIÇÃO MÉDICA - RECUSA ABUSIVA - DANO MORAL CONFIGURADO - REPARAÇÃO - **O Ministério Público detém legitimidade ativa para o ajuizamento de demanda que visa assegurar interesse individual indisponível, nos termos do art. 127 da CF.** Mostra-se abusiva a limitação contratual ao fornecimento de medicamento indispensável à realização do tratamento de urticária crônica resistente ao uso de anti-histamínicos em dose máxima, mormente quando há prescrição médica - Configura dano moral a negativa de fornecimento de medicação necessária ao tratamento médico prescrito ao usuário do plano de saúde, por parte de sua administradora, de forma injustificada. TJ-MG - AC: 10000181296484004 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 08/04/2021. (Grifo nosso).

Conforme já mencionado, a Constituição Federal de 1988 elencou o direito à saúde como direito fundamental, em seu artigo 6º, bem como cuidou de destacar uma seção inteira no Título da Ordem Social para discorrer sobre o tema da saúde, classificando-o como *“direito de todos e dever do Estado”*, conforme teor do artigo 196.

Por consequência, importa destacar que uma das funções institucionais do Ministério Público - constitucionalmente prevista - é o zelo pelo efetivo respeito aos serviços de relevância pública. Considerando-se que não há dúvidas de que a saúde se vale de tal importância, incontestável o dever do órgão ministerial de resguardá-la, sendo possível extrair o seguinte do artigo 129 da CF/88:

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:
(...)

II - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;

E mais, a Lei Federal nº 7.347/89 (Lei de Ação Civil Pública) dispõe que a ação do Ministério Público não é mera faculdade, mas, sim, um dever institucional de agir em defesa dos direitos e interesses previstos.

No mesmo sentido, há posicionamento do Superior Tribunal de Justiça e do Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

CONSUMIDOR, CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**. PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. RECONHECIMENTO. DIREITO À SAÚDE. RELEVANTE INTERESSE SOCIAL. PRECEDENTES. SÚMULA N. 83/STJ. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. DECLARAÇÃO DE SAÚDE. ART. 51, IV E V, DO CDC, C/C O ART. 11 DA LEI N. 9.656/98. CLÁUSULA DE RENÚNCIA. IMPOSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DE OPÇÃO. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAR. MANIFESTA ABUSIVIDADE. 1. **O Ministério Público é parte legítima para figurar no polo ativo de ação civil pública e de ações coletivas contra operadoras de planos de saúde para questionar cláusulas contratuais tidas por abusivas, seja em face da indisponibilidade do direito à saúde, seja em decorrência da relevância da proteção e do alcance social.**

2. Afasta-se a alegada ofensa ao art. 535 do CPC quando a Corte de origem examina e decide, de modo claro e objetivo, as questões que delimitam a controvérsia, não ocorrendo nenhum vício que possa nulificar o acórdão recorrido. 3. Todo prestador de serviços tem o dever de oferecer informações de forma clara e objetiva, de modo que o consumidor possa manifestar sua vontade livremente. 4. A inserção de cláusula de renúncia em declaração de saúde é abusiva por induzir o segurado a abrir mão do direito ao exercício livre da opção de ser orientado por um médico por ocasião do preenchimento daquela declaração, notadamente porque se trata de documento que tem o condão de viabilizar futura negativa de cobertura de procedimento ou tratamento. 5. Recurso especial parcialmente conhecido e desprovido. (STJ - REsp: 1554448 PE 2011/0272480-9, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 18/02/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 26/02/2016). (Grifo nosso).

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. **DIREITO INDIVIDUAL INDISPONÍVEL. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. RECURSO ESPECIAL PROVIDO. CONFIGURAÇÃO.** 1. Não procede a alegação de ausência de prequestionamento do art. 25, a, da Lei n. 8.625/92, pois, apesar de não haver transcrição do artigo, a matéria foi expressamente analisada, tanto no acórdão do agravo de instrumento quanto nos embargos de declaração. 2. **A jurisprudência pacífica da Primeira Seção desta Corte possui entendimento no sentido de que o Ministério Público é parte legítima para propor ação civil pública com o objetivo de tutelar direitos individuais indisponíveis.** Precedentes. 3. O direito à vida e à saúde são direitos individuais indisponíveis, motivo pelo qual o Ministério Público é parte legítima para ajuizar ação civil pública visando o fornecimento de medicamentos. 4. O reconhecimento da repercussão geral pela Suprema Corte não enseja o sobrestamento do julgamento dos recursos especiais que tramitam no Superior Tribunal de Justiça. Precedentes. Agravo regimental improvido. AgRg no REsp 1356286/MG, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 07/02/2013). (Grifo nosso).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - PLANO DE SAÚDE-
LEGITIMIDADE MINISTÉRIO PÚBLICO - PRELIMINAR REJEITADA-
CLÁUSULA CONTRATUAL - ABUSIVA - APLICAÇÃO CDC. - **O Ministério Público tem legitimidade para tutelar direito à saúde de pessoa física idosa, por tratar-se de direito indisponível** -Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde - As cláusulas contratuais constantes do plano de saúde que restringem o seu campo de incidência e excluem a garantia do tratamento para salvar a vida do segurado, são abusivas. (TJ-MG - AC: 10702110417137001 MG, Relator: Pedro Aleixo, Data de Julgamento: 15/06/2016, Data de Publicação: 24/06/2016). (Grifo nosso).

Logo, incontestado a legitimidade do Ministério Público para propositura de Ação Civil Pública em se tratando do assunto analisado no decorrer do presente roteiro.

5.2 Da legitimidade para atuação na esfera administrativa

Quanto à atuação na esfera administrativa, sabe-se que o Ministério Público Estadual é legitimado para fiscalizar as relações de consumo e aplicar as sanções administrativas previstas na Lei Federal nº 8.078/90, por meio do PROCON-MG.

É o que dispõe o artigo 22 da Lei Complementar nº 61/01 e artigo 14 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado, respectivamente:

Art. 22 – Fica criado o Programa Estadual de Proteção ao Consumidor – PROCON-MG –, na estrutura do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, nos termos do art. 14 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado, para fins de aplicação das normas relativas às relações de consumo, especialmente as estabelecidas na Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, e no Decreto Federal nº 2.181, de 20 de março de 1997.

Art. 14 – As atividades do Programa Estadual de Proteção ao Consumidor ficam transferidas para a Procuradoria-Geral da Justiça, na forma da lei complementar a que se refere o art. 125 da Constituição do Estado.

Sobre o assunto, vejamos julgados do Tribunal de Justiça de Minas Gerais:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - PRELIMINARES - JUSTIÇA GRATUITA - DEFERIMENTO - **ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO** - ILEGITIMIDADE - REJEIÇÃO - DIREITO DO CONSUMIDOR - PROCON - MULTA - VÍCIOS NO PROCESSO ADMINISTRATIVO - SITUAÇÃO NÃO DEMONSTRADA - PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES - RECURSO PROVIDO. 1. Na dicção do art. 5º, LXXIV, da CF/88, o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos. 2. Havendo elementos capazes de demonstrar a alegada hipossuficiência financeira da pessoa jurídica, deve ser concedido o benefício da gratuidade de justiça. 3. **O Ministério Público Estadual é legitimado para fiscalizar as relações de consumo e aplicar as sanções administrativas previstas na Lei Federal nº 8.078/90, por meio do PROCON (art. 14, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado e arts. 22 a 24, da Lei Complementar nº 61/01).** 4. Compete ao Poder Judiciário apreciar apenas a legalidade do procedimento administrativo, à luz dos princípios do contraditório, da ampla defesa e do devido processo legal, sendo-lhe vedada a incursão sobre o mérito da penalidade aplicada. 5. Observadas as garantias constitucionais e não demonstrado pela parte autora qualquer vício no ato administrativo, não há falar-se em anulação da multa. 6. Recurso provido. (TJ-MG - AC: 10000204836373001 MG, Relator: Raimundo Messias Júnior, Data de Julgamento: 26/01/2021, Câmaras Cíveis / 2ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/01/2021). Grifo nosso.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. ANULATÓRIA. MULTA ADMINISTRATIVA APLICADA PELO PROCON, POR MEIO DA PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DO CIDADÃO. COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO ESTADUAL. PROCESSO ADMINISTRATIVO. VÍCIOS E IRREGULARIDADES. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO. VALOR DA MULTA. MANUTENÇÃO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. RECURSOS NÃO PROVIDOS.

1. O PROCON Estadual, através da Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão, tem competência para aplicar as sanções administrativas previstas no artigo 56 da Lei federal nº 8.078/90. 2. Ausente a demonstração de vícios no procedimento administrativo instaurados no PROCON Estadual, não há falar-se na nulidade da decisão que culminou na aplicação de multa administrativa em face da Operadora de Telefonia. (TJ-MG - AC: 0874974-20.2010.8.13.0702 MG, Relator: Bitencourt Marcondes / 1ª Câmara Cível, Data de Publicação: 13/05/2013). Grifo nosso.

EMENTA: APELAÇÃO - AÇÃO ANULATÓRIA DE ATO ADMINISTRATIVO - APLICAÇÃO DE MULTA - PROCON - OBEDIÊNCIA AO DEVIDO PROCESSO LEGAL - MULTA ADMINISTRATIVA - PROPORCIONALIDADE - ATO ADMINISTRATIVO QUE GOZA DA PRESUNÇÃO DE LEGITIMIDADE E VERACIDADE - EMPRESA EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL - CRÉDITO EXTRACONCURSAL. 1 - **Nos termos do art. 4º, caput e inciso IV do Decreto nº. 2.181/97, compete aos PROCON's funcionar, no processo administrativo, como instância de instrução e julgamento, o que implica na possibilidade de análise de cláusulas contratuais, perquirindo possível caso de abusividade.** 2 - Todo ato administrativo pode ser levado ao controle do Poder Judiciário, cabendo a este perquirir sobre a adequada exegese do direito positivo em relação ao aspecto vinculado do ato administrativo e a análise dos limites do aspecto discricionário do ato traçados pelo ordenamento. 3 - Nos casos em que a multa fixada administrativamente atende aos critérios objetivos, bem como aos limites previstos no art. 57, CDC, essa é proporcional e razoável, pelo qual deve ser mantida. 4 - Dispõe o artigo 49 da Lei 11.101/05 que estão sujeitos à recuperação judicial somente os créditos existentes na data do pedido. (TJ-MG - AC: 10000191462241002 MG, Relator: Jair Varão, Data de Julgamento: 13/04/2021, Câmaras Cíveis / 6ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/04/2021). Grifo nosso.

Destarte, uma vez que o PROCON-MG funciona como instância de instrução e julgamento, atua como autoridade administrativa, no sentido de instaurar e analisar processo administrativo relacionado com a proteção e defesa do consumidor usuário de plano de saúde, podendo aplicar, inclusive, multa administrativa às operadoras de planos de saúde, se verificada alguma infração às normas consumeristas.



6 DAS CLÁUSULAS OU PRÁTICAS ABUSIVAS EM CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Após analisar a natureza dos contratos de planos de saúde, a legislação aplicável à época de sua formalização e as espécies de planos oferecidos e outros tópicos relevantes, passa-se a discorrer sobre algumas cláusulas ou práticas abusivas existentes no mercado.

Sobre o assunto, necessário destacar que a interpretação das cláusulas contratuais se dá com base na boa-fé objetiva, e qualquer atitude que viole esse princípio pode ensejar a nulidade da cláusula.

Em relação à boa-fé objetiva, preceitua Luis Antônio Rizatto Nunes¹¹:

“Já a boa fé objetiva, que é a que está presente no CDC, pode ser definida, a grosso modo, como sendo uma regra de conduta, isto é, o dever das partes de agir conforme certos parâmetros de honestidade e lealdade, a fim de se estabelecer o equilíbrio nas relações de consumo. A boa-fé objetiva funciona, então, como um modelo, um standard, que não depende de forma alguma da verificação da má-fé subjetiva do fornecedor ou mesmo do consumidor.

Deste modo, quando se fala em boa-fé objetiva, pensa-se em comportamento fiel, leal, na atuação de cada uma das partes contratantes a fim de garantir respeito à outra. É um princípio que visa garantir a ação sem abuso, sem obstrução, sem causar lesão a ninguém, cooperando sempre para atingir o fim colimado no contrato, realizando os interesses das partes.

A boa-fé objetiva é uma espécie de pré-condição, abstrata de uma relação ideal. Toda vez que no caso concreto, por exemplo, o magistrado tiver de avaliar o caso para identificar algum tipo de abuso, deve levar em consideração essa condição ideal a priori, na qual as partes respeitam-se mutuamente, de forma adequada e justa.”

Passemos, agora, à análise de algumas cláusulas ou práticas abusivas que, com frequência, compõem os contratos de prestação de serviços de saúde.

I) ESTIPULAR LIMITE DE PRAZO NOS CASOS DE INTERNAÇÃO - É abusiva cláusula contratual que limita no tempo a internação hospitalar do segurado - Súmula 302 do STJ - Artigo 12, II, da Lei Federal nº 9.656/98.



a) Base Legal

Súmula 302 do Superior Tribunal de Justiça:

“É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado”.

Artigo 12, II, da Lei Federal 9.656/98:

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:

(...)

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, **vedada a limitação de prazo**, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; (Grifo nosso).



b) Jurisprudência

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. LEGALIDADE. SITUAÇÃO DE CARÊNCIA E EMERGÊNCIA. MITIGAÇÃO DO PRAZO DE CARÊNCIA. **LIMITAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE.** EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. NÃO OCORRÊNCIA. (...). 3. Não prospera a pretensão da recorrente no sentido de limitar a cobertura de urgência e de emergência ao que foi despendido apenas nas primeiras doze horas de tratamento, tendo em vista o disposto na **súmula 302 do STJ**: "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado". Precedentes. 4. Agravo interno não provido.

(STJ - AgInt no AREsp: 1122995 SP 2017/0148810-6, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 07/11/2017, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 14/11/2017). (Grifo nosso).

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. SITUAÇÃO DE CARÊNCIA E EMERGÊNCIA. LIMITAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. 1. Ação de obrigação de fazer. 2. **Não se limita a cobertura de urgência e de emergência ao que foi despendido apenas nas primeiras doze horas de tratamento, tendo em vista o disposto na súmula 302 do STJ: É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado.** Precedentes. 3. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no AgInt no AREsp: 1458340 SP 2019/0055356-6, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 28/10/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 30/10/2019). (Grifo nosso).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - PLANO DE SAÚDE - PROCEDIMENTO MÉDICO - INTERNAÇÃO EM CARÁTER DE URGÊNCIA - PRAZO DE CARÊNCIA - 24 HORAS - NEGATIVA DE COBERTURA - NÃO CABIMENTO - QUANTUM INDENIZATÓRIO - MAJORAÇÃO - POSSIBILIDADE. Comprovado, nos autos, a necessidade e a urgência de internação da parte autora, bem como da realização de procedimentos médicos necessários para tratamento de seu quadro clínico, o qual oferece risco de morte, o prazo de carência aplicável é o de 24 horas, conforme previsão no contrato, não havendo que se falar em prazo maior do que esse, pois, nesse caso, deve-se assegurar o direito fundamental à saúde. **Ademais, incabível a limitação temporal de internação do segurado pelo plano de saúde, nos termos de entendimento sumulado pelo STJ. A recusa indevida do plano de saúde ao custeio do tratamento necessário ao pleno restabelecimento da saúde do segurado transborda os limites da razoabilidade e configura dano moral.** Se a indenização por danos morais em razão da negativa indevida de cobertura pela operadora de plano de saúde foi fixada de forma módica, mostra-se cabível a majoração do montante. (TJ-MG - AC: 10024133689083002 Belo Horizonte, Relator: Luciano Pinto, Data de Julgamento: 26/10/2017, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 07/11/2017). (Grifo nosso).

II) PREVER CARÊNCIA PARA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NAS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA - É de 24 horas o prazo máximo de carência para os atendimentos de urgência e emergência, contadas da contratação. Súmula 597 do STJ. Artigo 12, V, “c” c/c artigo 35-C, I, da Lei Federal nº 9.656/98.



a) Base Legal

Súmula 597 do Superior Tribunal de Justiça:

“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”. (Grifo nosso).

Artigo 12, V, c, da Lei 9.656/98:

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 nosso).

Artigo 35-C, I, da Lei 9.656/98:

Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

(...)



b) Jurisprudência

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. **INAPLICABILIDADE DO PRAZO DE CARÊNCIA**. MATÉRIA QUE DEMANDA REEXAME DE FATOS E PROVAS. SUMULA 7 DO STJ. LIMITAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. RECURSO NÃO PROVIDO.

-
1. Não há falar, no caso, em negativa de prestação jurisdicional. A Câmara Julgadora apreciou as questões deduzidas, decidindo de forma clara e conforme sua convicção com base nos elementos de prova que entendeu pertinentes. No entanto, se a decisão não corresponde à expectativa da parte, não deve por isso ser imputado vício ao julgado.
 2. **Não prospera a pretensão da recorrente no sentido de limitar a cobertura de urgência e de emergência ao que foi despendido apenas nas primeiras doze horas de tratamento,** tendo em vista o disposto na súmula 302 do STJ: "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado". Precedentes.
 3. Agravo interno não provido. (STJ - AgInt nos EDcl no AREsp: 1802795 PR 2020/0331338-2, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 23/11/2021, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 01/12/2021). (Grifo nosso).

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. SÚMULA 608/STJ. INTERNAÇÃO. UTI. EMERGÊNCIA. RECUSA. PRAZO DE CARÊNCIA. DANOS MORAIS DEVIDOS. QUANTUM INDENIZATÓRIO. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Com relação à inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, ao caso em voga, incide a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, que dispõe: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão." Não obstante tal posicionamento, ressalta-se que permanece a obrigação dos planos de saúde de autogestão de cumprirem as obrigações legais e contratuais.
2. A jurisprudência do STJ orienta no sentido de que a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde não é considerada abusiva, **desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como no caso dos autos,** hipótese que configura o dever de pagar indenização por danos morais.
3. É possível a revisão do montante da indenização por danos morais nas hipóteses em que o quantum fixado for exorbitante ou irrisório, o que, no entanto, não ocorreu no caso em exame, pois o valor da indenização, arbitrado em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), não é excessivo nem desproporcional aos danos sofridos.
4. Agravo interno ao qual se nega provimento. (STJ - AgInt no REsp: 1709670 DF 2017/0299242-8, Relator: Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), Data de Julgamento: 14/08/2018, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 22/08/2018). (Grifo nosso).

APELAÇÕES CÍVEIS - AÇÃO ORDINÁRIA OBRIGAÇÃO DE FAZER E INDENIZATÓRIA - PLANO DE SAÚDE - CDC - APLICABILIDADE - **INTERNAÇÃO DE EMERGÊNCIA - COVID-19 - TRATAMENTO MÉDICO INDICADO - RISCO DE MORTE - PERÍODO DE CARÊNCIA - NEGATIVA INJUSTIFICADA - OBRIGATORIEDADE DA COBERTURA - DANOS MORAIS E MATERIAIS - CONFIGURAÇÃO - TERMO INICIAL INCIDÊNCIA DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA - ASTREINTES - DESNECESSIDADE DE CONDENAÇÃO - ALTA HOSPITALAR - HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - MAJORAÇÃO - DESNECESSIDADE.** Aplica-se o CDC aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão (STJ, súm. 608). A Operadora do Plano de Saúde, na condição de fornecedora, deve prestar informações corretas, adequadas e precisas sobre os serviços oferecidos, além de destacar as cláusulas de exclusão de cobertura (CDC, art. 6º, III e Lei federal n. 9.656, de 1998, art. 16, VI). **É abusiva a negativa de atendimento no período de carência em caso de urgência e emergência.** Comprovado o comprometimento dos pulmões do segurado em 50% em decorrência do Covid-19, impõe-se o reconhecimento do estado de urgência e emergência. A recusa de atendimento médico ao consumidor que se encontra adimplente com suas obrigações contratuais configura ilícito e enseja reparação civil por danos morais. O "quantum" arbitrado deve observar os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, não podendo configurar enriquecimento ilícito. Também é devida a reparação civil dos danos materiais, pois o segurado não pode ser obrigado a pagar por tratamento a que tinha direito devido ao estado de urgência. Se à época do deferimento da liminar a paciente já havia recebido alta, não há falar em condenação ao pagamento de astreintes decorrentes do descumprimento da liminar. A condenação ao pagamento das despesas hospitalares devidamente corrigido monetariamente e acrescido de juros é suficiente para afastar o dano material suportado pela contratante. A correção monetária e os juros incidentes sobre os danos materiais são contados a partir do efetivo desembolso. Já a correção monetária dos danos morais incide a partir do seu arbitramento (súm. 362 do STJ) e os juros a partir da citação. Se os honorários advocatícios foram adequadamente arbitrados, não há que se falar em majoração do percentual arbitrado. Recursos não providos. (TJ-MG - AC: 10000212378202001 MG, Relator: Manoel dos Reis Moraes, Data de Julgamento: 09/02/2022, Câmaras Cíveis / 20ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 10/02/2022). (Grifo nosso).

PLANO DE SAÚDE. DANOS MATERIAIS E MORAIS. PRAZO DE CARÊNCIA. Autora que foi internada com urgência por apresentar apendicite. Negativa de cobertura da cirurgia, sob alegação de que não tinha sido cumprido o prazo de carência. Procedimento de caráter emergencial.

Prazo de carência que pode ser de, no máximo, 24 horas, nos termos do artigo 12, inciso V, item C, da Lei 9.656/98 e da Súmula 103 do TJSP. Alegação de cobertura obrigatória somente nas primeiras 12 horas não prospera, pois é contrária à Súmula 302 do STJ. Abusividade na negativa de cobertura. Reembolso integral. Não apresentação dos valores correspondentes ao limite contratual. Cláusula que estipula limite de reembolso não redigida de maneira clara ao consumidor. Art. 46, CDC. **Dano moral** não configurado. Sentença mantida. Recursos não providos.” (TJSP - AC 1001501-09.2014.8.26.0510, Relatora: Desembargadora Fernanda Gomes Camacho, Comarca: Rio Claro, Órgão julgador: 5ª Câmara de Direito Privado, Data do julgamento: 11/11/2016, Data de registro:11/11/2017). – (Grifo nosso).

CIVIL. CONSUMIDOR. RESPONSABILIDADE CIVIL. RECURSO DE APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. SAÚDE SIM. APLICAÇÃO DO CDC. SÚMULA 608 DO STJ. CUSTEIO DE INTERNAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. CONFIGURAÇÃO. GRAVE RISCO À SAÚDE DO BENEFICIÁRIO. ATESTADO MÉDICO. INAPLICABILIDADE DO PRAZO DE CARÊNCIA. RECUSA INJUSTIFICADA. DESCUMPRIMENTO DE NORMA LEGAL E CONTRATUAL. LEI Nº 9.656/98. **SÚMULA 597 DO STJ**. ABALO MORAL. OCORRÊNCIA. PREJUÍZO IN RE IPSA. QUANTUM COMPENSATÓRIO REDUZIDO. OBEDIÊNCIA AO PRINCÍPIO DA RAZOABILIDADE. NORMATIVA DA EFETIVA EXTENSÃO DO DANO (CPC, ART. 944). APELO PARCIALMENTE CONHECIDO E NA PARTE CONHECIDA PROVIDO EM PARTE. SENTENÇA REFORMADA. (...) 3. O artigo 35-C, inciso I, da Lei 9.656/98, preceitua a obrigatoriedade da cobertura nos casos de emergência, conceituados como sendo aquele que impliquem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis ao paciente, devidamente atestados pelo médico, o que restou demonstrado na hipótese. 4. **A negativa do plano de saúde restou temerária e abusiva, porquanto a apelante se encontrava em situação de emergência** (sangramento uterino disfuncional), sendo certo que a demora no início do procedimento cirúrgico em casos tais tende a aumentar os riscos de outras complicações e sequelas. Nesse contexto, **a circunstância emergencial determina o cumprimento da obrigação contratual** da parte requerida em custear o tratamento médico necessário à parte requerente, não sendo o período de carência justificativa à recusa. 5.1. **As cláusulas restritivas de cobertura de despesas nos casos de emergência e/ou urgência, bem assim a aludida Resolução 13 do CONSU, não podem se sobrepor à Lei nº 9.656/98**, que veda quaisquer limitações nessas hipóteses. (TJDFT - Acórdão 1203558, 07001446120198070012, Relator: ALFEU MACHADO, 6ª Turma Cível, data de julgamento: 18/9/2019, publicado no DJe: 1º/10/2019). (Grifo nosso).

III) EXCLUIR COBERTURA DE PRÓTESE, TAIS COMO “STENT” E MARCAPASSO, SE ESSENCIAIS AO ATO CIRÚRGICO - Somente se permite a exclusão de cobertura de órteses, próteses e seus acessórios se não estiverem ligadas ao próprio ato cirúrgico. Artigo 10, inciso VII, da Lei Federal 9.656/1998 c/c artigo 424 do Código Civil de 2002, Resolução Normativa nº 465/21 da ANS.



a) Base Legal

Artigo 10, VII, da Lei Federal 9.656/98:

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

(...)

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios **não ligados** ao ato cirúrgico; (Grifo nosso).

Artigo 424 do Código Civil de 2002:

Art. 424. Nos contratos de adesão, são nulas as cláusulas que estipulem a renúncia antecipada do aderente a direito **resultante da natureza do negócio**. (Grifo nosso).

Artigos 17, p.u, VII e 19, VI, da Resolução Normativa nº 465/21 da ANS

Art. 17. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência previstos nesta Resolução Normativa e seus Anexos, na forma estabelecida no art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. São permitidas as seguintes exclusões assistenciais:

(...)

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

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

(...)

VI - **órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos** listados nos Anexos desta Resolução Normativa;



AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. DANOS MORAIS. **PLANO DE SAÚDE. ART. 535, II, DO CPC. INEXISTÊNCIA DE VÍCIOS. NEGATIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE NECESSÁRIA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DANOS MORAIS. CABIMENTO. QUANTUM COMPENSATÓRIO. VALOR RAZOÁVEL. REGIMENTAL NÃO PROVIDO.** 1. Não há que se falar em ofensa ao art. 535 do CPC, pois a Corte de origem dirimiu, fundamentadamente, as matérias que lhe foram submetidas, motivo pelo qual o acórdão recorrido não padece de omissão, contradição ou obscuridade. Ressalta-se não ser possível confundir julgamento desfavorável, como no caso, com negativa de prestação jurisdicional, ou ausência de fundamentação. **2. É abusiva a cláusula que exclua da cobertura órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor.** Precedentes. 3. A jurisprudência do eg. Superior Tribunal de Justiça entende ser passível de indenização a título de danos morais a recusa indevida/injustificada pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico. 4. O entendimento desta Corte é pacífico no sentido de que o valor estabelecido pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no caso em tela. 5. No caso, não se mostra exorbitante a condenação da recorrente no valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais), a título de reparação moral decorrente da recusa indevida/injustificada da operadora em autorizar a cobertura do tratamento médico. 6. Agravo regimental não provido. (STJ - AgRg no AREsp: 745389 RJ 2015/0172294-0, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 16/02/2016, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 24/02/2016). (Grifo nosso).

EMENTA: PLANO DE SAÚDE - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS - NEGATIVA DE COBERTURA - PROCEDIMENTO COBERTO - **PRÓTESE NECESSÁRIA** - VEDAÇÃO À REFORMATIO IN PEJUS.

- A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça possui o entendimento de que "não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo" (REsp 1.285.483/PB, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, DJe 16/08/2016) - Mesmo não incidindo na espécie o diploma consumerista e ainda que se trate de contrato firmado antes da vigência da Lei n. 9.656/98, **é nula a cláusula contratual que exclua da cobertura órteses, próteses e materiais diretamente ligados ao procedimento cirúrgico a que se submete o consumidor.** (...) (TJ-MG - AC 101051302713120001, Relator: Evangelina Castilho Duarte, 2ª Câmara Cível, Data de Julgamento: 26/03/2019, DJE: 10/04/2019). (Grifo nosso).



c) Doutrina

Segundo Cláudia Lima Marques, “Boa-fé objetiva significa, portanto, uma atuação ‘refletida’, uma atuação refletindo, pensando no outro, no parceiro contratual, respeitando-o, respeitando seus interesses legítimos, suas expectativas razoáveis, seus direitos, agindo com lealdade, sem abuso, sem obstrução, sem causar lesão ou desvantagem excessiva, **cooperando para atingir o bom fim das obrigações**: o cumprimento do objetivo contratual e a realização dos interesses das partes”. (MARQUES, Cláudia Lima, *Contratos no Código de Defesa do Consumidor*, 4a ed., Revista dos Tribunais, SP, 2002, págs. 181/182). (Grifo nosso).

IV) SUSPENDER ATENDIMENTO POR ATRASO NO PAGAMENTO DE UMA ÚNICA PRESTAÇÃO MENSAL - Artigo 13, § único, II, da Lei Federal 9.656/98. Artigo 17, § único, da Resolução da ANS nº 195/2009.



a) Base Legal

Artigo 13, § único, II, da Lei Federal 9.656/98:

Art. 13. 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;

Artigo 17, § único, da Resolução ANS nº. 195/2009

Art. 17. As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.



PLANO DE SAÚDE. ABUSIVIDADE DE CLÁUSULA. **SUSPENSÃO DE ATENDIMENTO. ATRASO DE ÚNICA PARCELA. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. I - É abusiva a cláusula prevista em contrato de plano-de-saúde que suspende o atendimento em razão do atraso de pagamento de uma única parcela.** Precedente da Terceira Turma. Na hipótese, a própria empresa seguradora contribuiu para a mora pois, em razão de problemas internos, não enviou ao segurado o boleto para pagamento. II - É ilegal, também, a estipulação que prevê a submissão do segurado a novo período de carência, de duração equivalente ao prazo pelo qual perdurou a mora, após o adimplemento do débito em atraso. III - Recusado atendimento pela seguradora de saúde em decorrência de cláusulas abusivas, quando o segurado encontrava-se em situação de urgência e extrema necessidade de cuidados médicos, é nítida a caracterização do dano moral. Recurso provido. (STJ - REsp: 259263 SP 2000/0048504-7, Relator: Ministro CASTRO FILHO, Data de Julgamento: 02/08/2005, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJ 20/02/2006 p. 330). (Grifo nosso).

CIVIL. SEGURO-SAÚDE. ATRASO NO PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO MENSAL. **A cláusula que suspende os efeitos do contrato de seguro-saúde pelo só atraso no pagamento de uma prestação mensal é abusiva.** Recurso especial conhecido e provido. (STJ - REsp: 343698 SP 2001/0101064-1, Relator: Ministro ARI PARGENDLER, Data de Julgamento: 05/12/2002, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJ 24/03/2003 p. 214). (Grifo nosso).

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Ação de obrigação de fazer cc danos materiais e morais – Pretensão de restabelecimento de plano de saúde que teria sido **indevidamente cancelado por inadimplemento** – Atraso admitido pelos autores no pagamento da parcela com vencimento em 07/09/2015, quitada em 13/10/2015, seguindo-se o pagamento regular das mensalidades subsequentes – Verificada a ocorrência de mero lapso – Corrê que não demonstrou o envio da notificação ao consumidor e **atraso que se deu em período inferior a 60 dias** – Requisitos legais para a rescisão unilateral não preenchidos – Inteligência do art. 13, pu, inc. II, da Lei nº 9.656/98 – **Falta de justa causa para o cancelamento** – Direito ao restabelecimento do contrato – Danos materiais – Comprovação do cancelamento e do dispêndio de quantia com atendimento médico durante a suspensão do plano – Ressarcimento devido. (TJ-SP 10027674920158260428 SP 1002767-49.2015.8.26.0428, Relator: Alexandre Coelho, Data de Julgamento: 18/12/2017, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 18/12/2017). (Grifo nosso).

V) NEGAR COBERTURA DE PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTES QUE NÃO SEJAM DE RIM, MEDULA E CÓRNEA - A negativa de cobertura de transplante - apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente - sob alegação de estar previamente excluído do contrato é prática abusiva e fere a boa-fé objetiva. Art. 422, do Código Civil. Art. 6º, inc. III c/c art. 46 c/c art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor.



a) Base Legal

Artigo 422 do Código Civil:

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

Art. 6º, inc. III c/c art. 46 c/c art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6. São direitos básicos do consumidor:

(...)

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.

Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

(...) § 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.



b) Jurisprudência

Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor. (.)- **A negativa de cobertura de transplante - apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente -, sob alegação de estar previamente excluído do contrato, deixa o segurado à mercê da onerosidade excessiva perpetrada pela seguradora, por meio de abusividade em cláusula contratual.** (STJ - REsp 1053810/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/12/2009, DJe 15/03/2010). (Grifo nosso).

OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. **TRANSPLANTE DE FÍGADO. NEGATIVA DE COBERTURA. ABUSIVIDADE.** Insurgência contra sentença de procedência. Sentença mantida. "**Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS**" (súmula 102, TJSP; enunciado 29, 3ª Câmara de Direito Privado). Recurso desprovido. (TJ-SP - APL: 10006257420168260028 SP 1000625-74.2016.8.26.0028, Relator: Carlos Alberto de Salles, Data de Julgamento: 06/06/2017, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/06/2017). (Grifo nosso).

.DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO DE DANOS. PLANO DE SAÚDE. EXAME PET-SCAN ONCOLÓGICO. COBERTURA. ROL DA ANS. CARÁTER EXEMPLIFICATIVO. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ART. 20, §3º, CPC. SENTENÇA MANTIDA.- **As Resoluções Normativas 167/2008, 211/2010 e 262/2011, editadas pela Agência Nacional de Saúde, em atendimento ao comando do artigo 10, § 4º, da Lei 9.656/95, para definir o rol de procedimentos médicos a serem observados pelas operadoras de planos de saúde, possuem caráter exemplificativo para permitirem a inclusão das formas de tratamento mais novas e eficazes descobertas pela medicina.** - Cláusulas contratuais que afastam direitos inerentes à finalidade do contrato são abusivas por impedirem a prestação de serviços concernentes à natureza do próprio negócio e, de acordo com o Código de Defesa do Consumidor, cláusulas abusivas são consideradas nulas de pleno direito. - Aplicam-se as disposições do Código de Defesa do Consumidor aos serviços prestados pela GEAP aos seus associados, ainda que mantivesse sistema de assistência à saúde pela modalidade de autogestão. - Impõe-se a reparação do dano moral decorrente da falta de pronto atendimento necessário ao usuário, devendo a ré reparar a situação criada por sua própria conduta negligente. - Para o arbitramento do valor da indenização por danos morais, devem ser levados em consideração o grau de lesividade da conduta ofensiva e a capacidade econômica da parte pagadora, a fim de se fixar uma quantia adequada. - Deu-se provimento ao recurso do autor; negou-se, do réu". (TJDFT, Acórdão n.820417, 20120111475665APC, Relator: LEILA ARLANCH, Revisor: MARIA IVATÔNIA, 1ª TURMA CÍVEL, Data de Julgamento: 11/09/2014, Publicado no DJE: 26/09/2014. Pág.: 77). (Grifo nosso).

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. INJUSTA A RECUSA DE COBERTURA POR PARTE DO PLANO DE SAÚDE. DANO MORAL. VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. AGRAVO REGIMENTAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO. 1. A c. Corte de origem dirimiu, fundamentadamente, as matérias que lhe foram submetidas, motivo pelo qual o acórdão recorrido não padece de omissão, contradição ou obscuridade. Não se vislumbra, portanto, a afronta ao art. 535 do Código de Processo Civil. 2. **Não obstante o inadimplemento contratual não dar ensejo, em regra, à reparação de ordem extrapatrimonial, é possível, nos casos em que considerada injusta a recusa de cobertura por parte do plano de saúde, a condenação em pagamento de dano moral, quando a negativa agrava o contexto de aflição psicológica do segurado,** ultrapassando os limites do mero desconforto ou aborrecimento, como ocorreu na hipótese. (g. n.) 3. A modificação da conclusão a que chegaram as instâncias ordinárias a respeito da existência de dano moral encontra óbice na Súmula 7/STJ, por demandar o vedado revolvimento de matéria fático-probatória. 4. Agravo regimental a que se nega provimento. AgRg no AREsp 14557/PR, Relator Raul Araújo, 4ª Turma, julgado em 13/09/2011, DJe de 03/10/2011). (Grifo nosso).

VI) NEGAR COBERTURA DE TESTE RÁPIDO DE DETECÇÃO DE ANTÍGENO SARS-CoV-2 (Covid-19), ATENDIDOS OS REQUISITOS ELENCADOS PELA ANS. Resolução Normativa nº 478 da ANS.



a) Base Legal

Resolução Normativa nº 478, de 19 de janeiro de 2022 (ANS)

“Altera a Resolução Normativa - RN nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização do Teste SARS-CoV-2 (Coronavírus COVID-19), teste rápido para detecção de antígeno.”

ANEXO II

150. TESTE SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19), TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO

1. **Cobertura obrigatória**, conforme solicitação do médico assistente, para pacientes sintomáticos, entre o 1º e o 7º dia desde o início dos sintomas, quando preenchido um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

Grupo I (critérios de inclusão)

a. Pacientes com Síndrome Gripal (SG)

SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

b. Pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Grupo II (critérios de exclusão)

- a. Contactantes assintomáticos de caso confirmado;
- b. Indivíduos com \leq 24 meses de idade;
- c. Indivíduos que tenham realizado, há menos de 30 dias, RT-PCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2 cujo resultado tenha sido positivo;
- d. Indivíduos cuja prescrição tenha finalidade de rastreamento da doença, retorno ao trabalho, controle de cura ou suspensão de isolamento.

Observação: As solicitações médicas que atendam às condições estabelecidas na DUT devem ser autorizadas de forma imediata.

VII) EXIGÊNCIA DE NOVA CARÊNCIA PELA MORA DO CONSUMIDOR - São nulas as cláusulas que preveem que, no caso de mora do consumidor em relação ao pagamento de parcela, haverá novo prazo de carência para o restabelecimento do atendimento. Artigo 13, § único, II, da Lei 9.656/98, Súmula Normativa nº. 28 da Agência Nacional de Saúde.



a) Base Legal

Artigo 13, § único, II, da Lei 9.656/98:

Art. 13. 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;

Súmula Normativa nº. 28 da Agência Nacional de Saúde

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe o inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009;

Considerando a realização de Câmara Técnica sobre o tema “Suspensão e rescisão unilateral de contrato individual”, que contou com a participação de representantes da Diretoria de Fiscalização da ANS, de instituições do setor regulado, de órgãos defesa do consumidor e do Ministério Público Federal (reuniões ocorridas em 25 de fevereiro de 2015, 11 de março de 2015, 25 de março de 2015 e 08 de abril de 2015);

Considerando o art. 13, parágrafo único, inciso II e o art. 35-G da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998;

Considerando os dispositivos do Código de Defesa do Consumidor, em especial, o caput, incisos I, II, alínea “c”, III e IV, todos do art. 4º; o caput e incisos I a III do art. 6º; os arts.30 e 31; o caput e o inciso IV do art.39; o art.42; o art.42-A; o art.46; o caput e os incisos IV e XV, todos do art.47; e o caput e § 4º do art.54;

Considerando o art. 82 da Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006;

Resolve adotar o seguinte entendimento vinculativo:

1. Para fins do cumprimento do disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da lei nº 9.656, de 1998, considera-se que a notificação atende o seu escopo quando estão contempladas as seguintes informações:

1.1 a identificação da operadora de plano de assistência à saúde, contendo nome, endereço e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;

1.2 a identificação do consumidor;

1.3 a identificação do plano privado de assistência à saúde contratado;

1.4 o valor exato e atualizado do débito;

1.5 o período de atraso com indicação das competências em aberto e do número de dias de inadimplemento absoluto ou relativo constatados na data de emissão da notificação;

1.6 a forma e prazo para regularização da situação do consumidor, indicando meio de contato para o esclarecimento de dúvidas; e

1.7 a rescisão ou suspensão unilateral do contrato em caso de não regularização da situação do consumidor.

2. Outras informações opcionais e complementares – baseadas em fatos verídicos; que não se apresentem em número excessivo ou em linguagem técnica e complexa que confunda o consumidor ou desvirtue o escopo da notificação; bem como que não denotem um tom de constrangimento ou ameaçador – são admissíveis na notificação, tais como, as possibilidades de inscrição do devedor em cadastros restritivos de crédito, de cobrança da dívida e de exposição do consumidor inadimplente a novas contagens de carência e de cobertura parcial temporária.

3. No caso de notificação por via postal com aviso de recebimento, entregue no endereço do consumidor contratante, presume-se, até prova em contrário, que o consumidor contratante foi notificado, não sendo necessária sua assinatura no aviso de recebimento.

3.1. No caso da notificação ser efetivada pelos meios próprios da operadora, através de seus prepostos, a entrega deverá se dar em mãos próprias do consumidor contratante titular, sendo imprescindível sua assinatura no comprovante de recebimento.

4. Para fins do cumprimento da Lei nº 9656, de 1998, considera-se que a notificação por edital, publicada em jornal de grande circulação do local do último domicílio conhecido, atende ao seu art. 13, parágrafo único, inciso II, quando o consumidor não é localizado no endereço conferido à operadora.

4.1. Para fins da notificação por edital considera-se que:

a) a identificação do consumidor contratante pelo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, com omissão dos dígitos de verificação, acompanhado do seu número de inscrição como cliente da operadora contratada, atende ao escopo da notificação prevista no art. 13, parágrafo único, inciso II da Lei nº 9656, de 1998;

b) a identificação do consumidor com a publicação do seu nome viola o art. 42 do Código de Defesa do Consumidor.

5. É indispensável a notificação do consumidor contratante, para o fim previsto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998, cada vez que se verificar a situação prevista no dispositivo legal, independente de já ter se promovido notificações em situações semelhantes envolvendo o mesmo consumidor e o mesmo contrato.

6. É vedada a rescisão ou suspensão unilateral do contrato por iniciativa da operadora, qualquer que seja o motivo, durante a internação de titular ou de dependente, no caso de plano privado de assistência à saúde de contratação individual ou familiar.



b) Jurisprudência

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 (STJ - REsp: 285618 SP 2000/0112252-5, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 18/12/2008, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: --> DJe 26/02/2009). (Grifo nosso).

Plano de saúde. Contrato coletivo. **Rescisão por inadimplemento** da estipulante. Migração para plano individual, contudo com imposição de novas carências e cobertura parcial temporária. Descabimento. Necessidade de se observar o disposto na Resolução CONSU nº 19/1999 conjugada com as normas do Código de Defesa do Consumidor. Carências que já haviam sido cumpridas no contrato anterior.

Exigência de novo prazo de carência abusiva. Beneficiário em tratamento médico. Ação procedente. Recurso improvido. (TJ-SP - AC: 10252689020208260114 SP 1025268-90.2020.8.26.0114, Relator: Augusto Rezende, Data de Julgamento: 26/01/2022, 1ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 26/01/2022). (Grifo nosso).

VIII) COBRAR MULTA EM CASO DE CANCELAMENTO DO PLANO DE SAÚDE - Cláusula de fidelidade em contratos de plano de saúde é ilegal. Resolução Normativa nº 455/20 da ANS.



a) Base Legal

Resolução Normativa nº 455/2020 da ANS

Art. 1º Em cumprimento ao que determina a decisão judicial proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.51.01, fica anulado o disposto no parágrafo único do art. 17, da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009.



b) Jurisprudência

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO DE CANCELAMENTO PELO BENEFICIÁRIO. CLÁUSULA DE FIDELIDADE. ABUSIVIDADE. 1 – Na forma do art. 46 da Lei 9.099/1995, a ementa serve de acórdão. 2 – **Cláusula de fidelidade. Cláusula abusiva. Mostra-se abusiva a cláusula contratual, em plano de assistência à saúde, que impõe ao associado a permanência mínima de 12 meses para solicitar cancelamento.** 3 – Cláusula penal. Nos termos do art. 51, IV do CDC, são nulas as cláusulas que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada. No presente caso, se mostra abusiva a cláusula 12.2.2, alínea “b” do contrato de plano de saúde realizado entre as partes a qual prevê que o beneficiário permaneça por 60 dias no plano após o pedido de desligamento bem como pague multa pela rescisão. Assim, solicitado o desligamento do plano pelo autor, não cabe à operadora exigir o cumprimento da referida cláusula para o desligamento do plano. Sentença que se confirma pelos seus próprios fundamentos. 4 – Recurso conhecido, mas não provido. Custas processuais e honorários advocatícios, fixados em R\$800,00 pelo recorrente vencido. (TRF-2, AC 0136265-83.2013.4.02.5101, Relatora: Vera Lúcia Lima, 8ª Turma Especializada. Data de Julgamento: 15/05/2015).

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. COBRANÇA DE MENSALIDADES EM DECORRÊNCIA DA RESILIÇÃO ANTECIPADA, ANTERIOR AO TÉRMINO DO PRAZO DE **FIDELIDADE**. CLÁUSULA DE COBRANÇA DE MULTA PELA EXTINÇÃO CONTRATUAL ANTES DO PRAZO DE FIDELIDADE CUJA **ABUSIVIDADE FOI RECONHECIDA NO JULGAMENTO DA ACP Nº 0136265-83.2013.4.02.5101**, julgada pelo TRF da 2ª Região. Revogação do parágrafo único do art. 17 da RN ANS nº 195/04 pela RN ANS 455/20. Precedentes. Tutela antecipada concedida. Decisão reformada. Agravo provido. (TJ-SP, Agravo de Instrumento nº 2240115-16.2021.8.26.0000, Relator: Rômolo Russo, 7ª Câmara de Direito Privado. Data de Julgamento: 10/03/2022).

(...) Quanto à exigibilidade das mensalidades correspondentes a 60 dias após o aviso prévio sobre a rescisão, é aplicável à espécie a Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS, que dispõe, em seu artigo 17:

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Contudo, **tal norma foi declarada nula** em decisão proferida pelo E. TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 2ª REGIÃO, em 12/05/2015, nos autos da Ação Civil Pública nº 0136265-83.2013.4.02.5101, transitada em julgado em 08/10/2018, movida pela AUTARQUIA DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Procon/RJ) contra a AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), nos seguintes termos:

“(...) o que se tem em mente é que a previsão contida no artigo 17, parágrafo único da RN/ANS nº 195/2009 se presta, tão somente, a atender a interesse das operadoras de Planos de Saúde, já que o consumidor individual ou a empresa instituidora, em geral, firmam o contrato de seguro de saúde sob a expectativa de que este venha a prevalecer por longos anos. A medida acaba por impor ao consumidor um dever de fidelidade irrestrita, restringindo, irregularmente, o direito de livre escolha, estatuído no CDC. **É indubitável que a situação narrada nestes autos coloca o consumidor em desvantagem exagerada, viabilizando, ademais, que os contratos de plano de saúde coletivo estipulem cláusulas que propiciem às Operadoras de Saúde um ganho ilícito, no caso de estabelecimento de multas penitenciais no valor de dois meses, como autoriza o dispositivo questionado**”. (...)

Portanto, é possível constatar a nulidade da cláusula **contratual** que amparava a cobrança ora impugnada, uma vez que afastada a validade da norma que lhe dava suporte. (TJSP; Apelação Cível 1041565-86.2021.8.26.0002; Relator (a): João Francisco Moreira Viegas, Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 03/03/2022).

IX) NEGAR COBERTURA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS - A exclusão de doenças denominadas infecto-contagiosas em contrato de plano de saúde, a exemplo da meningite ou AIDS, configura conduta abusiva.



a) Base Legal

Artigo 422 do Código Civil:

Art. 422. Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.

Art. 6º, inc. III c/c art. 46 c/c art. 54, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 6. São direitos básicos do consumidor:

(...)

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem;

Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.

Art. 54. Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

(...)

§ 4º As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.



b) Jurisprudência

(...) 1. É perfeitamente possível, à luz do Código de Defesa do Consumidor, aferir a abusividade das cláusulas dos planos e seguros privados de saúde celebrados antes da lei 9.656/98, não havendo que se falar em retroação do referido diploma normativo. 2- **A exclusão de doenças denominadas infecto-contagiosas em contrato de plano de saúde, a exemplo da meningite, configura conduta abusiva em contrato de plano de saúde, pois além de frustrar a expectativa do consumidor, que não terá proteção a um significativo número de doenças graves, afronta a finalidade do plano de saúde**, qual seja, oferecer garantia à saúde e, porque não, à vida. (...) (STJ - AREsp: 1102389 GO 2017/0113167-0, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Publicação: DJ 10/04/2018). (Grifo nosso).

Plano de Saúde. Cláusula de exclusão. AIDS. I - **A cláusula de contrato de seguro-saúde excludente de tratamento de doenças infecto-contagiosas, caso da AIDS, é nula porque abusiva.** II - Nos contratos de trato sucessivo aplicam-se as disposições do CDC, ainda mais quando a adesão da consumidora ocorreu já em sua vigência. III - Recurso especial conhecido e provido. (STJ - REsp: 244847 SP 2000/0001419-2, Relator: Ministro ANTÔNIO DE PÁDUA RIBEIRO, Data de Julgamento: 19/05/2005, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJ 20.06.2005 p. 263REVJUR vol. 333 p. 113RSTJ vol. 198 p. 268). (Grifo nosso).

X) EXIGIR A ASSINATURA DE CHEQUE-CAUÇÃO PARA ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR EMERGENCIAL. Lei Federal nº 12.653/2012. Resolução Normativa nº 496 da ANS. Artigo 39, V, do Código de Defesa do Consumidor.



a) Base Legal

Lei Federal nº 12.653/2012

Art. 135-A. Exigir cheque-caução, nota promissória ou qualquer garantia, bem como o preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte.”

Art. 2º O estabelecimento de saúde que realize atendimento médico-hospitalar emergencial fica obrigado a afixar, em local visível, cartaz ou equivalente, com a seguinte informação: **“Constitui crime a exigência de cheque-caução, de nota promissória ou de qualquer garantia, bem como do preenchimento prévio de formulários administrativos, como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, nos termos do art. 135-A do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.”** (Grifo nosso).

Resolução Normativa nº 496 da ANS

Art. 1º Fica vedada, em qualquer situação, a exigência, por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradoras Especializadas em Saúde, de caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço.

Artigo 39, V, do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços, dentre outras práticas abusivas:

(...)

V - exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva;



AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. INDENIZATÓRIA. OMISSÃO E CONTRADIÇÃO. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC/73. ARGUMENTAÇÃO GENÉRICA. SÚMULA 284/STF. **EXIGÊNCIA DE CHEQUE CAUÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E PARTO DE URGÊNCIA EM HOSPITAL. PRÁTICA ABUSIVA. DANO MORAL.** REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA DA LIDE. QUANTUM INDENIZATÓRIO RAZOÁVEL. AGRAVO NÃO PROVIDO. (...) 3. Não se mostra exorbitante a condenação da parte recorrente no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de reparação moral em virtude dos danos sofridos pela agravada, em decorrência de exigência de caução por parte da rede hospitalar para realização de internação e parto de urgência. Precedentes. 4. Agravo interno a que se nega provimento. (STJ - AgInt no AREsp: 1031503 PE 2016/0326824-4, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 19/09/2017, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 13/10/2017). (Grifo nosso).

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. **EXIGÊNCIA DE CHEQUE CAUÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL. PRÁTICA ABUSIVA. DANO MORAL.** REVISÃO DO VALOR. NÃO PROVIMENTO. (STJ - AgRg no AREsp: 644649 DF 2014/0341839-3, Relator: Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Data de Julgamento: 03/03/2015, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 10/03/2015). (Grifo nosso).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - REALIZAÇÃO DE CIRURGIA URGENTE - **EXIGÊNCIA DE CHEQUE CAUÇÃO PELO HOSPITAL - ILEGALIDADE** - COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS ENSEJADORES DA RESPONSABILIDADE CIVIL - PROCEDÊNCIA DO PEDIDO - QUANTUM INDENIZATÓRIO - FIXAÇÃO. - **A exigência de cheque caução para a realização de procedimento de saúde de urgência é vedada pelos artigos 135-A do CPP, 1º, da Resolução n. 44/03 da ANS, e 39, V, do CDC** - Estando devidamente comprovados os elementos ensejadores da responsabilidade civil, em decorrência do dano moral sofrido pela parte autora, impõe-se o dever de indenizar - Para o arbitramento do 'quantum' indenizatório se deve levar em consideração a condição pessoal do ofendido e do ofensor, bem como as circunstâncias do caso. (TJ-MG - AC: 10145150205543001 Juiz de Fora, Relator: Valdez Leite Machado, Data de Julgamento: 04/08/2017, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/08/2017)

XI) EXCLUIR TRATAMENTO DOMICILIAR (“HOME CARE”) QUANDO ESSENCIAL PARA GARANTIR A SAÚDE E A VIDA DO SEGURADO. Artigo 47 c/c 51, IV do Código de Defesa do Consumidor. Súmula nº 338 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.



a) Base Legal

Artigo 47 c/c 51 do Código de Defesa do Consumidor:

Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor.

Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

(...)

IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

Súmula nº 338 do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro:

"É abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde e a vida do segurado."



b) Jurisprudência

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO. INSURGÊNCIA DA PARTE REQUERIDA. 1. O STJ possui entendimento no sentido de que **o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado.** 1.1. A Corte de origem consignou que o contrato entabulado entre as partes não exclui o tratamento na modalidade home care, de forma que a revisão dessa conclusão encontra óbice nas Súmulas 5 e 7/STJ. 2. A jurisprudência desta Corte Superior entende que a recusa indevida ou injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, pode ensejar reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário.

2.1. A reforma do acórdão recorrido, no tocante à existência de danos morais e materiais demanda o reexame de fatos e provas, prática vedada pela Súmula 7/STJ. 3. O valor da reparação por danos morais estabelecido pelas instâncias ordinárias pode ser revisto tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no presente caso. Incidência da Súmula 7/STJ. 4. Agravo interno desprovido. (STJ - AgInt no AgInt no AREsp: 1427773 SP 2019/0011495-1, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 18/11/2019, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 21/11/2019). (Grifo nosso).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS - **CUSTEIO DO TRATAMENTO DOMICILIAR PRESCRITO AO PACIENTE - NECESSIDADE DO "HOME CARE" - COMPROVAÇÃO - RECUSA ILEGÍTIMA DA COBERTURA -IMPLEMENTAÇÃO DA TERAPIA - ILÍCITO PRATICADO PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE - PREJUÍZO EXTRAPATRIMONIAL - REPARAÇÃO DEVIDA - CRITÉRIOS DE ARBITRAMENTO DA INDENIZAÇÃO - SEGURADO HIPERVULNERÁVEL - TERMO INICIAL DOS JUROS DE MORA - TEMA DE ORDEM PÚBLICA. - Conforme Enunciado de nº 90, do TJSP, "**havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de 'home care', revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer**" - "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" (REsp: 1.378.707/RJ) - A negativa indevida da Operadora em implementar o "Home Care" indicado ao Segurado, por se notabilizar ilícita e intensificar a situação de sofrimento do beneficiário, enseja reparação a título de dano extrapatrimonial - (TJ-MG - AC: 10000205678204002 MG, Relator: Roberto Vasconcellos, Data de Julgamento: 01/12/2021, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/12/2021). (Grifo nosso).**

EMENTA: APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE -TRATAMENTO DOMICILIAR - **"HOME CARE"** - INDICAÇÃO MÉDICA - NEGATIVA DE COBERTURA - IMPOSSIBILIDADE - INDENIZAÇÃO - DANOS MORAIS E MATERIAIS - CABIMENTO - PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDAD - A assistência domiciliar (home care) se destina àqueles pacientes que por recomendação médica terão a continuidade do tratamento hospitalar em seu domicílio ou, que se encontram em situação de risco de agravamento da enfermidade em caso de manutenção da internação em hospital, ou seja, a assistência domiciliar é uma modalidade de substituição da internação hospitalar pela domiciliar - Diante da desnecessidade de manter a autora em ambiente hospitalar, bem como que a paciente necessita permanentemente de cuidados específicos que não poderiam

ser supridos por seus familiares, o home care é a melhor opção - O Superior Tribunal de Justiça já se manifestou no sentido de que a restrição de atendimento domiciliar em contrato de plano de saúde deve ser tida como abusiva nos casos em que o tratamento está indicado como recomendável para a evolução do estado clínico do paciente - A indenização em quantia que previna a prática de novos atos ilícitos pelo ofensor e, ao mesmo tempo, compense a vítima pelos prejuízos sofridos. A fixação do valor da indenização por danos morais pauta-se pela aplicação dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. V.v.p. APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. DECISÃO ULTRA PETITA. ERRO MATERIAL RECONHECIDO. FORNECIMENTO DE HOME CARE. PEDIDO DE RESTITUIÇÃO DE ALGUMAS DESPESAS NA INICIAL. LIMITE DA LIDE. PEDIDOS POSTERIORES. INDEFERIMENTO. TRATAMENTO DOMICILIAR OFERTADO PELA REQUERIDA. RECUSA EXPRESSA DA SEGURADA. DISCUSSÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL. DANOS MORAIS INEXISTENTES. Não havendo nas razões dos embargos declaratórios nenhum pedido a respeito dos danos morais, nota-se que essa frase consiste em evidente erro material, que deve ser decotada da decisão dos embargos declaratórios. Inexistindo comprovação inequívoca acerca de ato ilícito praticado pelo plano de saúde, eventual discussão a respeito de interpretação de cláusula contratual, por si só, não se revela passível de gerar dano e conseqüentemente o dever de indenizar. (TJ-MG - AC: 10000210483053001 MG, Relator: Alberto Henrique, Data de Julgamento: 27/05/2021, Câmaras Cíveis / 13ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/05/2021). (Grifo nosso).

DECISÃO MONOCRÁTICA CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DOMICILIAR RECOMENDADO PELO MÉDICO - HOME CARE. RECUSA DE COBERTURA. ALEGAÇÃO DE EXCLUSÃO CONTRATUAL. **CLÁUSULA ABUSIVA. SÚMULAS 338 E 340 DO TJRJ.** DANO MORAL CONFIGURADO. SÚMULA Nº 209 DO TJRJ. Cabe ao médico assistente, e não ao plano de saúde, indicar o melhor para o paciente. **É abusiva a cláusula que exclui da cobertura o tratamento médico domiciliar - home care - visto que este tipo de tratamento, além de ser melhor para a paciente, possibilita que a mesma permaneça recebendo o apoio e carinho permanentes de seus familiares, fazendo com que sua recuperação seja mais célere. Súmulas 338 e 340 do TJRJ.** Configurado o dano moral na espécie, visto que a recusa de autorização do tratamento ultrapassou os limites do mero descumprimento contratual. Súmula 209 do TJRJ. A verba fixada em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) é razoável e proporcional ao dano experimentado pelo paciente. Recurso que se nega provimento com base no art. 932, IV, a do CPC/2015. Majoração dos honorários advocatícios para 12% do valor da condenação, nos termos do disposto no artigo 85, § 11 do Código de Processo Civil de 2015.

XII) PROCEDER AO REAJUSTE DO PLANO DE SAÚDE EM RAZÃO DA FAIXA ETÁRIA SEM OBSERVAR OS TRÊS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS - Os planos de saúde individuais e coletivos podem ser reajustados de acordo com a faixa etária do beneficiário, desde que o aumento obedeça a três regras: tenha previsão contratual, siga normas de órgãos governamentais reguladores e não seja feito aleatoriamente, com aplicação de percentuais desarrazoados. Tema 952 do STJ.



a) Base Legal

Tema Repetitivo nº 952 do Superior Tribunal de Justiça:

O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja **previsão contratual**, (ii) sejam **observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores** e (iii) **não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios** que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. (Grifo nosso).



b) Jurisprudência

RECURSOS ESPECIAIS REPETITIVOS. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. SAÚDE SUPLEMENTAR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. TEMA 1016/STJ. CONTROVÉRSIA ACERCA DA VALIDADE DO REAJUSTE E DO ÔNUS DA PROVA DA BASE ATUARIAL. APLICABILIDADE DO TEMA 952/STJ AOS PLANOS COLETIVOS. CÁLCULO DA VARIAÇÃO ACUMULADA NOS TERMOS DA RN ANS 63/2003. PROVA DA BASE ATUARIAL DO REAJUSTE. ÔNUS DA OPERADORA. DESAFETAÇÃO. 1. Delimitação da controvérsia: Controvérsia pertinente à validade da cláusula de reajuste por faixa etária e ao ônus da prova da base atuarial do reajuste, no contexto de pretensão de revisão de índice de reajuste por faixa etária deduzida pelo usuário contra a operadora, tratando-se de planos de saúde coletivos novos ou adaptados à Lei 9.656/1998. 2. Teses para os efeitos do art. 1.040 do CPC/2015:

(a) Aplicabilidade das teses firmadas no Tema 952/STJ aos planos coletivos, ressalvando-se, quanto às entidades de autogestão, a inaplicabilidade do CDC; (b) A melhor interpretação do enunciado normativo do art. 3º, II, da Resolução n. 63/2003, da ANS, é aquela que observa o sentido matemático da expressão **variação acumulada**, referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a simples soma aritmética de percentuais de reajuste ou o cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias; 3. Desafetação da questão referente à inversão do ônus da prova, nos termos do voto do Min. RICARDO VILLAS BOAS CUEVA. 4. Caso concreto do RESP 1.715.798/RS: REAJUSTE DE 40% NA ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA. EXCLUSÃO DO REAJUSTE PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. DESCABIMENTO. RAZOABILIDADE DO ÍNDICE E DO PREÇO DA MENSALIDADE PRATICADOS. DESNECESSIDADE DE PROVA ATUARIAL. 4.1. Validade do reajuste pactuado no percentual de 40% para a última faixa etária, pois esse percentual se encontra aquém da média de mercado praticada pelas operadoras, como também se encontra aquém da média o preço fixado para a mensalidade da última faixa etária, não se verificando abusividade no caso concreto. 4.2. Desnecessidade de produção de prova atuarial no caso concreto. 5. Caso concreto do RESP 1.716.113/DF: PLANO COLETIVO DE AUTOGESTÃO. REAJUSTE DE 67,57%. REVISÃO PARA 16,5%. SOMA ARITMÉTICA DE ÍNDICES. APLICAÇÃO EQUIVOCADA DA RN ANS 63/2003. APLICABILIDADE AOS PLANOS DE AUTOGESTÃO. CÁLCULO MEDIANTE VARIAÇÃO ACUMULADA. DESCABIMENTO DA MERA SOMA DE ÍNDICES. 5.1. Aplicabilidade da RN ANS 63/2003 aos planos de saúde operados na modalidade de autogestão, tendo em vista a ausência de ressalva quanto a essa modalidade de plano no teor dessa resolução normativa. 5.2. Aplicação da tese b, fixada no item 2, supra, para se afastar o critério da mera soma de índices, determinando-se o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que se calcule a variação acumulada de acordo com a respectiva fórmula matemática. (...) (STJ - REsp: 1715798 RS 2017/0098471-7, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 23/03/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 08/04/2022). (Grifo nosso).

SEGURO SAÚDE INDIVIDUAL – **AUMENTO POR FAIXA ETÁRIA** – TEMA 952 STJ – **ABUSIVIDADE** – INADMISSIBILIDADE – CARÁTER SOCIAL. Cálculo do valor especificado em Unidades de Serviço, sem expressa indicação do valor desta na data da avença. **Dispositivos que subtraem do consumidor ciência adequada dos termos do ajuste e da conveniência de sua celebração. Ofensa direta ao disposto nos art. 46, 47 e 54, § 4o, do CDC. Dever de informação e transparência.**

Vedação à aplicação de percentuais abusivos ou aleatórios estabelecidos sem cálculos atuariais idôneos, onerando demasiadamente o consumidor ou discriminando o idoso (TEMA 952 - Recurso Especial nº 1.568.244/RJ). No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS. Ausência de demonstração do acerto no aumento. Recurso não provido. (TJ-SP - RI: 10107692220208260011 SP 1010769-22.2020.8.26.0011, Relator: Rodrigo de Castro Carvalho, Data de Julgamento: 27/10/2021, 3ª Turma Recursal Cível, Data de Publicação: 27/10/2021)

XIII) DESCREDENCIAR HOSPITAL, CLÍNICA OU LABORATÓRIO SEM SUBSTITUIÇÃO POR UM EQUIVALENTE - É garantido aos consumidores de planos de saúde a manutenção da rede de profissionais, hospitais e laboratórios credenciados conforme contratado. Artigo 17 da Lei Federal nº 9.656/98.



a) Base Legal

Artigo 17 da Lei Federal nº 9.656/98:

Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei implica **compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos**, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e **mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.** (Grifo nosso).



b) Jurisprudência

RECURSO ESPECIAL. SAÚDE SUPLEMENTAR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAL. LIMITAÇÃO DE COBERTURA. IMPOSSIBILIDADE. 1. Ação ajuizada em 18/3/13. Recurso especial interposto em 9/2/15. Autos conclusos ao gabinete em 27/6/17. Julgamento: CPC/73.

2. O propósito recursal consiste em decidir se o descredenciamento de hospital pode ser fundamento para limitar tratamento quimioterápico já iniciado pelo beneficiário de plano de saúde. 3. **A substituição de entidade hospitalar da rede credenciada de plano de saúde deve observar: i) a notificação dos consumidores com antecedência mínima de trinta dias; ii) a contratação de novo prestador de serviço de saúde equivalente ao descredenciado; e, iii) a comunicação à Agência Nacional de Saúde (art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98).** 4. **O fato de haver descredenciamento não informado ao consumidor constitui embargo administrativo imputável exclusivamente à operadora e não pode servir como barreira ou limitação ao tratamento já iniciado pelo paciente**, sobretudo quando se considera a situação de fragilidade decorrente da quimioterapia. 5. Recurso especial conhecido e provido. (STJ - REsp: 1677743 SP 2017/0137917-3, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 08/10/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/10/2019). (Grifo nosso).

SAÚDE SUPLEMENTAR. PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. NÃO OCORRÊNCIA. **PLANO DE SAÚDE. DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAL. REQUISITOS. DEVER DE INFORMAÇÃO. ATO ILÍCITO. CONFIGURADO. DANO MORAL.** TRATAMENTO FREQUENTE DE HEMODIÁLISE. MAPA AFETIVO. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO FÍSICA E PSICOLÓGICA DO PACIENTE. ARBITRAMENTO. JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA. MODIFICAÇÃO DA SUCUMBÊNCIA. 1. Ação ajuizada em 28/07/14. Recurso especial interposto em 26/08/15 e atribuído ao gabinete em 25/08/16. Julgamento: CPC/73. 2. O propósito recursal consiste em definir se há dano moral compensável em razão da ausência de comunicação prévia ao consumidor acerca do descadastramento do hospital em que realizava tratamento contínuo por hemodiálise 3. Ausentes os vícios do art. 535, II do CPC/73, rejeitam-se os embargos de declaração. 4. **A substituição de entidade hospitalar da rede credenciada de plano de saúde deve observar: i) a notificação dos consumidores com antecedência mínima de trinta dias; ii) a contratação de novo prestador de serviço de saúde equivalente ao descredenciado; e, iii) a comunicação à Agência Nacional de Saúde (art. 17, § 1º, da Lei 9.656/98).** 5. O descumprimento contratual em regra não produz dano moral compensável. Entretanto, mais do que o tratamento de uma doença passível de ser realizado em qualquer clínica ou hospital estruturado, é natural que o paciente, com acompanhamento médico-hospitalar e de hemodiálise frequente, construa relações de afeto e sensibilidade em relação aos profissionais que lhe prestam, direta ou indiretamente, serviços de atenção à saúde. 6. Na hipótese, a atitude da UNIMED em se furtar aos seus compromissos contratuais produziu no recorrente a desestrutura emocional e humana, pois tocou em ponto essencial ao restabelecimento de sua saúde,

em prejuízo de uma transição saudável para outro hospital equivalente. 7. Recurso especial conhecido e provido para fixar R\$ 10.000,00 a título de compensação por danos morais. (STJ - REsp: 1662344 SP 2016/0202742-7, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 20/03/2018, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 23/03/2018). (Grifo nosso).

Apelação Cível. Obrigação de Fazer c.c. Indenizatória. Plano de saúde. Autor portador de insuficiência renal crônica, necessitando da realização de hemodiálise três vezes por semana. Autora portadora de problemas cardíacos. Atendimentos que sempre foram realizados nos Hospitais Alvorada e TotalCor. **Descredenciamento dos hospitais pelo plano de saúde, sem justificativa ou notificação prévia.** Pretensão à continuidade dos tratamentos nos hospitais em que realizavam os atendimentos. Sentença de parcial procedência apenas para condenar a ré na obrigação de manutenção da cobertura dos tratamentos dos autores nos hospitais onde já se tratavam. Inconformismo da ré. Desrespeito ao artigo 17, § 1º da Lei n. 9.656/98. Falta de notificação sobre a substituição dos Hospitais aos clientes, tampouco informação sobre substituições por hospitais equivalentes. **Desequilíbrio contratual em desfavor dos autores beneficiários do plano, porque não demonstrada sequer a substituição por hospitais de qualidade equivalente.** Sentença mantida. Recurso conhecido em parte, e na parte conhecida, negado provimento. (TJ-SP - APL: 11025884020158260100 SP 1102588-40.2015.8.26.0100, Relator: Silvério da Silva, Data de Julgamento: 19/09/2016, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 19/09/2016). (Grifo nosso).

XIV) DESCUMPRIR PRAZOS ESTABELECIDOS PELA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 259 DA ANS - A demora no atendimento diante da longa espera enfrentada para realizar consultas, exames e cirurgias, descumprindo os prazos estabelecidos pela Resolução 259 da ANS, configura prática abusiva.



a) Base Legal

Artigo 3º, da Resolução 259 da ANS:

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

-
- IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;
V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;
VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;
VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;
VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;
IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;
X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;
XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e
XIV – urgência e emergência: imediato.
- § 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.



b) Jurisprudência

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MATERIAIS E MORAIS. PLANO DE SAÚDE. ENTIDADE DE AUTOGESTÃO. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC. SÚMULA 608/STJ. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA FORA DA REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. LIMITAÇÃO. PREÇOS DE TABELA EFETIVAMENTE CONTRATADOS COM A OPERADORA. DEMORA NA AUTORIZAÇÃO DE CONSULTA E CIRURGIA DE URGÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. AGRAVO PARCIALMENTE PROVIDO. (...) 2. A jurisprudência do STJ é no sentido de que a recusa indevida à cobertura médica enseja reparação a título de dano moral, uma vez que agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado. 3. Hipótese em que o Tribunal de origem consignou que **a demora de sete dias em autorizar a realização de consulta de emergência, ensejando o custeio de consulta e de cirurgia de urgência, ante o risco de vida do paciente recém-nascido, caracterizou recusa indevida por parte do plano de saúde e causou desespero e angústia aos pais, configurando danos morais.** 4. Agravo interno parcialmente provido para dar parcial provimento ao recurso especial. (STJ - AgInt no AREsp: 1344058 MS 2018/0203221-7, Relator: Ministro RAUL ARAÚJO, Data de Julgamento: 07/05/2019, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 22/05/2019). (Grifo nosso).

OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. **DEMORA NO AGENDAMENTO DE CIRURGIA NECESSÁRIA. URGÊNCIA.** Insurgência contra sentença de procedência. Sentença mantida. Não questionada a necessidade de realização de cirurgia, cuja não realização poderia acarretar complicações de alto risco e mau prognóstico, **a demora no agendamento pela apelante equivale à recusa de atendimento** e justifica a busca por atendimento fora da rede credenciada. Urgência caracterizada. Recurso desprovido. (TJ-SP - AC: 00495949420118260002 SP 0049594-94.2011.8.26.0002, Relator: Carlos Alberto de Salles, Data de Julgamento: 10/12/2019, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 10/12/2019). (Grifo nosso).

PLANO DE SAÚDE - **Demora no agendamento de consulta com especialista em tumor ósseo - Descumprimento ao prazo fixado pela RN nº 259 da ANS demonstrado** - Existência de indícios de que havia na rede credenciada apenas um profissional apto ao tratamento necessário - Não produzidas provas em sentido contrário - Irregularidade na prestação dos serviços reconhecida - Danos morais configurados, ante o evidente abalo decorrente da privação de atendimento indispensável ao célere tratamento de grave doença - Sentença mantida - RECURSO NÃO PROVIDO. (TJ-SP - AC: 10000275920148260071 SP 1000027-59.2014.8.26.0071, Relator: Elcio Trujillo, Data de Julgamento: 03/05/2016, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/05/2016). (Grifo nosso).

XV) NEGAR COBERTURA DE RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO DO CONSUMIDOR, NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS O PARTO, MESMO SEM VÍNCULO CONTRATUAL DIRETO – Até o 30º dia, a cobertura para o recém-nascido decorre do vínculo contratual entre a operadora e a parturiente, beneficiária de plano que inclui atendimento de obstetrícia; a partir do 31º dia, a cobertura para a criança pressupõe a sua inscrição como beneficiária – momento em que se forma o vínculo contratual entre ela e a operadora, tornando-se exigível o pagamento da contribuição correspondente. Artigo 12, III, “a” e “b”, da Lei Federal nº 9.656/98. Item 4 da Súmula Normativa nº 25, de 13 de setembro de 2012 da ANS.



a) Base Legal

Artigo 12, III, “a” e “b”, da Lei Federal nº 9.656/98:

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:

(...)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

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

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, **isento do cumprimento dos períodos de carência**, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;
(grifo nosso).

Súmula Normativa nº 25/2012 da ANS:

4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até **30 (trinta) dias** do nascimento ou adoção, observando-se:

4.1. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;

4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; (...)



b) Jurisprudência

RECURSOS ESPECIAIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO DE RECÉM-NASCIDA. **INTERNAÇÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 30 DIAS. RECÉM-NASCIDA NÃO INSCRITA COMO BENEFICIÁRIA DO PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA. DIREITO DA OPERADORA AO RESSARCIMENTO SEGUNDO A TABELA DO CONTRATO. DEVER DA OPERADORA DE INDENIZAR. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.** CIRCUNSTÂNCIAS NÃO DELIMITADAS NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DANO MORAL AFASTADO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. BASE DE CÁLCULO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PERCENTUAL SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. JULGAMENTO: (...) 3. A conjugação do disposto nas alíneas a e b do inciso III do art. 12 da Lei 9.656/1998 permite inferir que, até o 30º dia após o parto, a cobertura assistencial do recém-nascido decorre do vínculo contratual havido entre a operadora e a parturiente, beneficiária de plano de saúde que inclui atendimento de obstetrícia;

a partir do 31º dia, a cobertura assistencial do recém-nascido pressupõe a sua inscrição como beneficiário no plano de saúde, momento em que se forma o vínculo contratual entre este e a operadora e se torna exigível o pagamento da contribuição correspondente. (...) 5. Hipótese em que, logo após o parto prematuro, a recém-nascida necessitou de internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) por período superior a 30 dias, de modo que se impõe à operadora a obrigação de manter o tratamento médico até a alta hospitalar, garantindo-se a esta, todavia, o direito de recolher as quantias correspondentes às mensalidades da mesma categoria, considerado a menor como se inscrita fosse (usuário por equiparação), durante todo o período em que foi oferecida a assistência à saúde. 6. (STJ - REsp: 1941917 SP 2021/0144208-2, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 29/03/2022, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 01/04/2022). (Grifo nosso).

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO DE RECÉM-NASCIDO. **INTERNAÇÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 30 DIAS.** NEONATO NÃO INSCRITO COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE. **RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA.** DIREITO DA OPERADORA AO RESSARCIMENTO SEGUNDO A TABELA DO CONTRATO. JULGAMENTO: CPC/2015. 1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 20/06/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 23/06/2020 e concluso ao gabinete em 10/08/2021. 2. O propósito recursal é decidir se a operadora do plano de saúde pode recusar a cobertura assistencial do recém-nascido submetido a internação que ultrapassa o 30º dia do seu nascimento, na hipótese de ele não ter sido inscrito como beneficiário do plano de saúde. 3. A conjugação do disposto nas alíneas a e b do inciso III do art. 12 da Lei 9.656/1998 permite inferir que, até o 30º dia após o parto, a cobertura assistencial do recém-nascido decorre do vínculo contratual havido entre a operadora e a parturiente, beneficiária de plano de saúde que inclui atendimento de obstetrícia; **a partir do 31º dia, a cobertura assistencial do recém-nascido pressupõe a sua inscrição como beneficiário no plano de saúde, momento em que se forma o vínculo contratual entre este e a operadora e se torna exigível o pagamento da contribuição correspondente.** 4. Fundada na dignidade da pessoa humana e em homenagem aos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da segurança jurídica, a jurisprudência do STJ firmou a orientação de que, não obstante seja possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, deve ser resguardado o direito daqueles beneficiários que estejam internados ou em pleno tratamento médico. 5. Hipótese em que, logo após o parto, o neonato foi submetido à cirurgia cardíaca e necessitou de internação hospitalar por período superior a 30 dias, de modo que se impõe à operadora a

obrigação de manter o tratamento médico até a alta hospitalar, garantindo-lhe, todavia, o direito de ressarcimento das despesas assumidas após o 30º dia do nascimento do recorrido, segundo a tabela prevista no contrato, por não ter sido este inscrito como beneficiário do plano de saúde coletivo. 6. Recurso especial conhecido e parcialmente provido. (STJ - REsp: 1953191 SP 2021/0074528-2, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 15/02/2022, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 23/02/2022). (Grifo nosso).

AGRAVO DE INSTRUMENTO. Irresignação em relação à concessão da tutela de urgência para inclusão de recém-nascido no plano de saúde. Pretensão de inclusão do filho da dependente, neto da titular do plano. **Obrigatoriedade de cobertura do recém-nascido nos 30 dias posteriores ao parto prevista no art. 12, III, a, da Lei nº 9.656/98.** O art. 12, III, b, da Lei nº 9.656/98 possibilita a sequência da cobertura obrigatória prevista na alínea a, desde que a inscrição do recém-nascido ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento, sem especificar que tal possibilidade se destinaria apenas ao titular do plano, restando caracterizada a probabilidade do direito perseguido. **Recém-nascido internado em UTI neonatal desde o nascimento, o que é apto a configurar perigo de dano irreparável ou risco ao resultado útil do processo, se mostrando de rigor, em sede de cognição sumária, a manutenção da tutela de urgência nos moldes já delimitados.** Recurso improvido. (TJ-SP - AI: 22558511120208260000 SP 2255851-11.2020.8.26.0000, Relator: James Siano, Data de Julgamento: 13/11/2020, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 13/11/2020). (Grifo nosso).

7 MODELOS DISPONÍVEIS

Para fins de auxílio em futuras demandas referentes à matéria trabalhada ao longo deste roteiro, o PROCON-MG disponibiliza os seguintes modelos de peças em seu sítio eletrônico, cujo acesso será possível através do *link* abaixo:

<https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/areas-de-atuacao/cidadania/consumidor/area-restrita/planos-de-saude.shtml>

- a) Modelo – Ação Civil Pública – Negativa, pelo plano de saúde, de atendimento de crianças com risco de morte;
- b) Modelo – Ação Civil Pública – Negativa, pelo plano de saúde, de cobertura de radioterapia para crianças com câncer, por não possuir clínica conveniada na cidade;
- c) Modelo – Decisão Administrativa – Recusa injustificada de atendimento emergencial em UTI para procedimentos médicos e cirúrgicos que visam à salvaguarda da vida dos pacientes;
- d) Modelo – Recomendação - Afixação de cartaz em estabelecimentos hospitalares privados que informem ser crime a exigência de cheque-caução ou qualquer garantia;
- e) Modelo – Termo de Deliberação – Redução unilateral da cobertura assistencial e cobrança abusiva de multa rescisória por operadora de plano de saúde;

Para fins de judicialização de demandas, informarmos que o Comitê Estadual de Saúde de Minas Gerais dispõe de modelo atualizado de relatório médico para judicialização do acesso à saúde suplementar, disponível no portal do TJ Saúde, anexo – Link: <[https://novoportal-hml-1.tjmg.jus.br/portal-tjmg/institucional/tj-saude/#!](https://novoportal-hml-1.tjmg.jus.br/portal-tjmg/institucional/tj-saude/#!>)>

8 NOTAS DE FIM

1 (VIANNA, Elaine Gonçalves et al. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Ano 3. Nº 3. 2019, p.12).

2 Art. 4º Compete à ANS:

(...)

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

3 Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Registro_de_operadoras/Cartilha_Autorizacao_de_Funcionamento__002_.pdf>.

Acesso em: 18. abr. 2022.

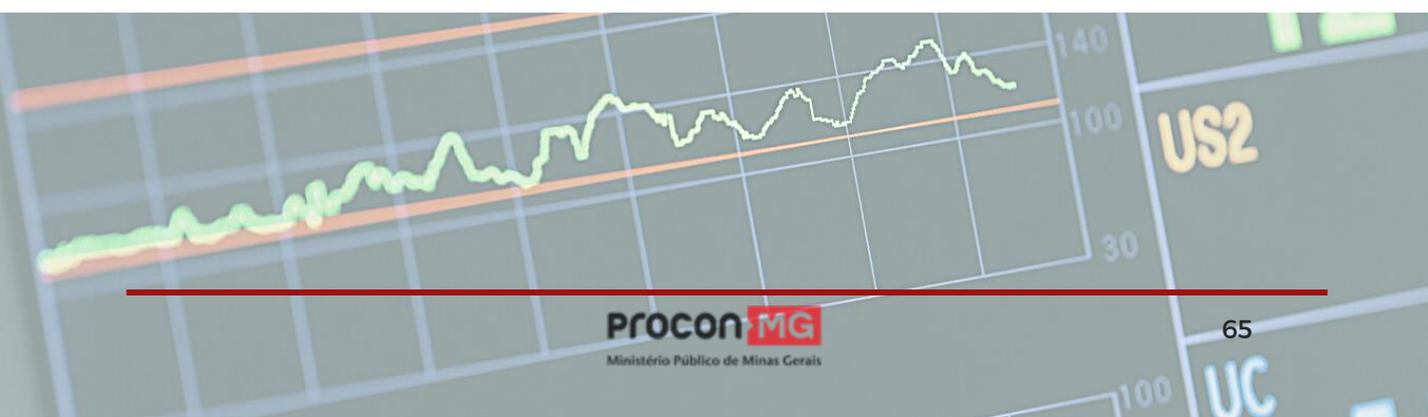
4 STF - RE 948634 (Número único: 0019267-16.2010.8.21.9000). Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Data de Julgamento: 20/10/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 18/11/2020.

5 “As disposições da Lei 9.656/1998, à luz do art. 5º, XXXVI, da Constituição Federal, somente incidem sobre os contratos celebrados a partir de sua vigência, bem como nos contratos que, firmados anteriormente, foram adaptados ao seu regime, sendo as respectivas disposições inaplicáveis aos beneficiários que, exercendo sua autonomia de vontade, optaram por manter os planos antigos inalterados” (STF - RE 948634 (Número único: 0019267-16.2010.8.21.9000). Relator: Ministro Ricardo Lewandowski. Data de Julgamento: 20/10/2020, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 18/11/2020).

6 “(...) O uso da expressão do mestre, “diálogo das fontes”, é uma tentativa de expressar a necessidade de uma aplicação coerente das leis de direito privado, coexistentes no sistema. É a denominada “coerência derivada ou restaurada” (cohérencedérivée ou restaurée), que, em um momento posterior à descodificação, à tópica e a microrrecodificação, procura uma eficiência não só hierárquica, mas funcional do sistema plural e complexo de nosso direito contemporâneo, a evitar a “antinomia”, a “incompatibilidade” ou a “não coerência”. (MARQUES, Cláudia Lima. Diálogo das fontes. In: BENJAMIN, Antonio Herman V.; MARQUES, Cláudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. Manual de direito do consumidor. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013, p. 122.)

7 Artigo 3º da Resolução Normativa 195/2009 da ANS.

8 Disponível em https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-24112009-164837/publico/Daniela_Batalha_Trettel_Dissertacao.pdf. Acesso em 21/02/2022.



9 (SILVA, José Luiz Toro da et al. Revista de Direito da Saúde Suplementar. São Paulo: Ano 3. Nº 3. 2019, p.12).

10 Nota Técnica n.º19/CGEMM/DPDC/SENACON/2012 - Disponível na íntegra em https://www.defesadoconsumidor.gov.br/images/manuais/notas_tecnicas/nota-tecnica-no-19-2012.pdf.

11 NUNES, Luis Antonio Rizzatto, Curso de direito do consumidor – 6 ed. – São Paulo: Saraiva, 2011, p. 177

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MARQUES, Claudia Lima; BENJAMIN, Antônio Herman V.; MIRAGEM, Bruno. **Comentários ao Código de defesa do consumidor**. 4. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.
- MARQUES, Cláudia Lima. Diálogo das fontes. In: BENJAMIN, Antonio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe. **Manual de direito do consumidor**. 5. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.
- SILVA, Jorge Alberto Quadros de Carvalho. **Código de Defesa do Consumidor Anotado e legislação complementar**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.
- SILVA, José Luiz Toro da *et al.* **Revista de Direito da Saúde Suplementar**. São Paulo: Ano 3. Nº 3.
- VIANNA, Elaine Gonçalves *et al.* **Revista de Direito da Saúde Suplementar**. São Paulo: Ano 3. Nº 3. 2019

