



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC
COLEGIADO DO CURSO DE DIREITO
TCC II**

**CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE AS NORMAS E
PRINCÍPIOS PROTECIONISTAS DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E
OS SEUS DESAFIOS RELACIONADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
SUPLEMENTAR.**

**Vitória da Conquista, Bahia
2024**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC
COLEGIADO DO CURSO DE DIREITO
TCC I**

**KEISE ESCOLÁSTICA DE OLIVEIRA
TAHIS PEREIRA CAIRES
ANNE KAROLYNE DE OLIVEIRA LOPES**

**CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE AS NORMAS E
PRINCÍPIOS PROTECIONISTAS DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E
OS SEUS DESAFIOS RELACIONADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE
SUPLEMENTAR.**

Projeto entregue para acompanhamento como parte integrante das atividades de TCC I do Curso de Direito do Centro Universitário UNEX.

Orientador: Williem Barreto.

**Vitória da Conquista, Bahia
2024**

RESUMO: O presente artigo visa analisar os contratos de planos de saúde à luz das normas e princípios do Código de Defesa do Consumidor, com ênfase nas práticas abusivas das operadoras e os desafios relacionados à judicialização da saúde suplementar. Nesse viés, a metodologia do estudo vertente utiliza uma abordagem qualitativa, baseada em revisão bibliográfica e análise documental de doutrinas, legislações, jurisprudências e artigos científicos. A seguir, o objetivo geral deste estudo é examinar a adequação dos contratos de planos de saúde em relação à legislação vigente e aos direitos dos consumidores, identificando falhas jurídicas e práticas abusivas. Dessa forma, busca-se, especificamente verificar a conformidade legal dos contratos com a Lei dos Planos de Saúde e o Código de Defesa do Consumidor, analisar práticas abusivas como aumentos por faixa etária e restrições de cobertura, e avaliar os impactos dessas práticas nos consumidores, principalmente no acesso à saúde e na segurança financeira. Diante do exposto, o estudo busca responder a seguinte questão: quais são os principais desafios jurídicos relacionados à crescente judicialização envolvendo contratos de planos de saúde?

Palavras-chave: Contratos de saúde. Código de Defesa do Consumidor. Judicialização. Práticas abusivas. Direito à saúde.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo geral examinar a adequação dos contratos de planos de saúde à luz da legislação vigente e dos princípios e normas que regem o direito do consumidor, buscando identificar falhas jurídicas, práticas abusivas e obstáculos enfrentados pelos usuários na defesa de seus direitos, considerando o direito à saúde como um direito fundamental.

Nesse viés, entre os objetivos específicos, destaca-se a análise da conformidade legal dos contratos de planos de saúde, verificando sua compatibilidade com a Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) e o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/1990). Logo, a pesquisa visa avaliar se as cláusulas contratuais respeitam os princípios legais, assegurando a proteção dos consumidores.

Além disso, o estudo analisa os impactos dessas práticas abusivas sobre os consumidores, especialmente no que tange ao acesso à saúde, segurança financeira e qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. O trabalho busca oferecer uma visão ampla sobre os desafios enfrentados pelos usuários e contribuir para o debate sobre a necessidade de aprimoramento das políticas de saúde suplementar.

Outro foco do estudo é a identificação de práticas contratuais abusivas, como reajustes de mensalidades por faixa etária, restrições indevidas de cobertura de tratamentos, exclusões relacionadas a doenças ou condições preexistentes e a exigência de cheque caução como condição para realizar o procedimento médico ou tratamento, o que frequentemente dificultam o acesso dos consumidores a uma saúde de qualidade e comprometem seu bem-estar.

Diante disso, observa-se um aumento exponencial da judicialização dos contratos de planos de saúde, com inúmeros segurados movendo ações contra as operadoras. Segundo dados do site Poder360, somente em 2023, o número de processos ajuizados contra operadoras de planos de saúde chegou a 234.111, um aumento de 60% em comparação com 2020, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça. (Carvalho, 2024)

Nesse contexto, surgem algumas questões centrais: quais são os principais desafios jurídicos relacionados à crescente judicialização envolvendo contratos de planos de saúde? E como práticas abusivas, a exemplo da negativa indevida de procedimentos, recontagem de carência e reajustes onerosos por faixa etária, tem contribuído para essa judicialização e, ao mesmo tempo, inviabilizado o direito à saúde?

Por fim, a metodologia deste estudo baseia-se em uma abordagem qualitativa, por meio de revisão bibliográfica e análise documental de doutrinas, legislações, jurisprudências e artigos científicos.

Diante disso, o estudo examina a Lei dos Planos de Saúde e o Código de Defesa do Consumidor para identificar falhas jurídicas e práticas abusivas, além de analisar decisões judiciais recentes que tratam de negativas de cobertura e aumentos de mensalidades. Dessa forma, o trabalho busca propor soluções jurídicas que equilibrem as relações de consumo e reduzam a judicialização dos planos de saúde.

2. NATUREZA JURÍDICA DOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

Inicialmente, cumpre destacar a definição de um contrato de plano de saúde, como se constitui e qual a sua finalidade. Nesse interim, Diego Eidelvein do Canto, em seu artigo: o contrato de plano privado de assistência à saúde à luz das normas de proteção do consumidor, ressalta que o negócio jurídico em questão é constituído com base no serviço prestado por uma cooperativa ou associação médica com a finalidade de assegurar assistência médica, hospitalar e ambulatorial. (Canto, 2012)

Ademais, segundo o Autor, o contrato de plano de saúde é típico de um contrato de seguro, no qual envolve três pilares, que são risco, prêmio e evento indenizável, tendo em vista que a operadora do plano assume a responsabilização de ressarcir as despesas médico-hospitalares e ambulatoriais, incluindo o tratamento no que concerne aos medicamentos em casos de sinistralidade mediante o pagamento de uma contraprestação pelo segurado, que é calculado de acordo com a taxa da respectiva sinistralidade. (Canto, 2012)

A seguir, a lei 9656/98, que regulamenta acerca dos planos de saúde definiu o plano privado de assistência à saúde em seu artigo. 1º, inciso I, como pode-se extrair do dispositivo *in verbis*:

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; (Brasil, 1998)

Diante da previsão trazida pelo legislador infraconstitucional, faz-se necessário definir a natureza jurídica dos contratos relacionados aos planos privados de assistência à saúde. Nesse sentido, a doutrina majoritária entende que esta espécie de contrato possui certos elementos como a bilateralidade, a onerosidade, a adesão, a formalidade, a aleatoriedade, sendo de trato sucessivo, e, por último são caracterizados por serem sinalagmáticos.

Com efeito, ressaltam-se os ensinamentos de Sylvio Capanema de Souza, J. G Vasi Werner e Thiago F. Cardoso Neves, acerca de algumas das características vinculadas aos contratos privados de assistência à saúde:

Os planos de saúde podem ser contratos bilaterais, quando o usuário é ao mesmo tempo o beneficiário e o contratante. Para ele, a obrigação de pagar a mensalidade. Em troca, para a operadora, a obrigação de garantir o atendimento, de reembolsar as despesas, de cobrir os riscos patrimoniais verificados. (Souza, Werner, & Neves, 2018)

Nesse diapasão, denota-se que em regra os contratos de planos de saúde são bilaterais firmados entre o contratante, o qual geralmente é o beneficiário e o prestador de serviço, que neste caso é a operadora.

Outrossim, o doutrinador ao mesmo tempo citou duas características dos contratos privados de assistência à saúde que são os elementos sinalagmático e oneroso, pois tanto o segurado quanto a operadora possuem obrigações no decorrer da vigência do respectivo



contrato, visto que ao contratante tem-se a responsabilidade de pagar uma mensalidade e a operadora de cobrir as despesas decorrentes da sinistralidade que acometer aquele.

Em relação à característica da aleatoriedade vinculada ao contrato de plano de saúde, verifica-se que a prestação do serviço por parte da operadora está condicionada a um evento futuro e incerto que é o surgimento da sinistralidade independente da vontade do beneficiário, conforme se pode extrair do trecho em destaque também dos doutrinadores Sylvio Capanema da Silva, J. G Vasi Werner e Thiago F. Cardoso Neves:

A prestação da operadora estará a depender da verificação de um evento futuro à contratação e independente da vontade do usuário, que geralmente vai se consubstanciar em uma enfermidade ou moléstia por ele apresentada (parece que a única hipótese de inexistência de aleatoriedade seria aquela de garantia de consultas (que dependeriam não de um evento fortuito, mas da mera vontade do usuário em realizá-los). (Souza, Werner, & Neves, 2018)

A seguir, a adesão é um elemento bastante presente nos contratos celebrados no âmbito das relações de consumo, incluindo nos contratos de plano de saúde, no qual o respectivo instrumento já possui cláusulas preestabelecidas e que o consumidor não pode discuti-las, modificá-las ou excluí-las. Nessa senda, o doutrinador Fernando Campos Scaff defini a adesão sob o viés dos negócios jurídicos no que tange à seara da saúde suplementar:

Tal modelo surge, fundamentalmente e na prática, a partir de uma oferta ao público, uma verdadeira proposta, na qual se acha inserido um conjunto de cláusulas e disposições já preestabelecidas pela empresa de assistência à saúde, em que constarão os limites do atendimento, a forma de pagamento do preço, o prazo contratual, os períodos de carência e o sistema de reembolso, dentre outras.” (Scaff, 2010)

Noutro giro, a formalidade é um elemento comum nos contratos privados de planos de saúde, considerando que os referentes instrumentos somente são válidos e produz os seus efeitos se forem observadas a sua forma especial, visto que estes contratos devem conter um rol de dispositivos elencados no art. 16 da lei 9656/98, de forma obrigatória.

Por fim, a característica do trato sucessivo é inerente aos contratos de assistência à saúde suplementar, visto que esta relação perdura por um longo tempo e é renovado anualmente de modo automático, diferente de outros contratos observados no direito civil, em que se extingue com o cumprimento da obrigação.

2.1 A APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR AOS CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE



Com a promulgação da Constituição da República em 1988, os arts. 5, XXXII, e 170, V, e art. 45 dos Atos das Disposições Transitória (ADCT) da carta magna, passaram a dispor sobre a necessidade de criar uma legislação infraconstitucional para regulamentar a proteção e defesa do consumidor e que ao mesmo tempo estabelecessem normas de ordem pública e interesse social. (Brasil, 1988)

Nesse viés, na década de 1990 foi publicado o Código de Defesa do Consumidor, que por sua vez definiu o conceito de consumidor como sendo toda pessoa física ou jurídica que adquire um produto ou serviço como destinatário final, incluindo as vítimas de atos ilícitos decorrentes das relações de consumo (art. 2 e parágrafo único e art. 17 da lei 8078/90).

Em relação ao fornecedor, a legislação consumerista assim prevê em seu art. 3º:

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. (Brasil, 1990)

Insta mencionar ainda, que o parágrafo segundo do art. 3º do Código de Defesa do Consumidor ainda descreve o serviço como qualquer atividade fornecida no mercado de consumo até mesmo a de natureza securitária.

Desse modo, depreende-se que a operadora do plano privado de assistência à saúde e o beneficiário se adequam aos conceitos de fornecedor e consumidor definidos na legislação consumerista, visto que se trata de uma relação típica de consumo, na qual a operadora presta um serviço de forma contínua mediante uma remuneração e o beneficiário utiliza-se desse serviço como destinatário final.

Outrossim, o Superior Tribunal de Justiça reconhece que o código de defesa do consumidor também é aplicado aos contratos de planos de saúde conforme dispõe o enunciado de súmula 608. Na mesma esteira, o art. 35-G da Lei 9656/98 prevê a aplicação subsidiária da lei 8078/90 aos contratos de planos de saúde firmados entre segurado e operadora.

Nessa senda, é importante destacar o entendimento dos doutrinadores Sylvio Capanema da Silva, J. G Vasi Werner e Thiago F. Cardoso Neves acerca da aplicação do CDC aos contratos de planos de saúde:

Não deve haver dúvida de que um contrato celebrado entre uma operadora de plano de saúde (art. 1º, Lei nº 9.656/1998) e um consumidor esteja sujeito às regras do CDC, mesmo que subsidiariamente. Também os contratos regidos pela Lei nº 9.656/1998 que sejam celebrados entre um estipulante e a operadora em benefício de seus empregados não deixam de se incluir entre aqueles em que há uma relação de consumo, ainda que a empresa cubra integralmente os custos do contrato, pois mesmo assim haverá prestação de um serviço pela operadora no mercado de



consumo mediante remuneração. Não importa que a seguradora não seja diretamente remunerada pelo usuário final do serviço. (Souza, Werner, & Neves, 2018)

“Destarte, superada a discussão sobre a incidência do CDC aos contratos de planos de saúde, Diego Eidelvein do Canto ratifica por sua vez que a referida legislação é um sistema de proteção ao consumidor e que o fornecedor participa de toda a cadeia durante o fornecimento do produto ou serviço, não importando a relação com o consumidor, seja ela direta, indireta ou extracontratual.” (Canto, 2012)

“Logo, o mesmo autor concluiu que a operadora do plano de saúde possui legitimidade para figurar no polo passivo da ação indenizatória movida pelo consumidor em razão de erro médico causado por médico cooperativado, uma vez que aquela detém responsabilidade na organização de cadeia de fornecimento, portanto, possui o dever de escolha e vigilância assim como preconiza o art. 7 e 14 ambos do CDC.” (Canto, 2012)

Ante ao exposto, depreende-se que se o CDC é aplicado aos contratos de plano de saúde, incide também sobre esta relação de consumo, os princípio e normas que protegem o consumidor, a exemplo da inversão do ônus da prova em prol do segurado em caso de comprovação pelo beneficiário de um dos requisitos que ensejam a sua concessão como a verossimilhança ou a hipossuficiência, direito à informação adequada acerca do produto ou serviço, proteção à vida e à saúde, entre outras prerrogativas previstos no art. 6 do CDC.

2.2. INCIDÊNCIA DA LEI 9656/98 AOS CONTRATOS DE PLANO DE SAÚDE

Após a promulgação da Carta Magna de 1988 e da publicação do Código de Defesa do Consumidor na década de 1990, ainda pairava uma insegurança jurídica quanto à regulamentação das relações de consumo envolvendo os contratos de plano de saúde, visto que não havia uma legislação específica que dispusesse acerca do período de carência, reajuste, suspensão ou rescisão do contrato de plano de saúde.

“Nesse sentido, foi sancionada a Lei 9656/98, a qual passou a regulamentar e fiscalizar de forma mais incisiva as relações de consumo relacionadas à assistência de saúde privada e segundo o entendimento da doutrinadora Josiane Araújo Marques, esta lei é direcionada a reger todas as atividades que envolvam a cobertura de riscos de assistência à saúde e visa impedir que os serviços fornecidos pelas operadoras de planos de saúde escapem da fiscalização realizada pela Agência Nacional de Saúde.” (Gomes, 2024)

Nesse sentido, o art. 1, § 1º da Lei 9656/98 prevê:

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: a) custeio de despesas; b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; c) reembolso de despesas; d) mecanismos de regulação; e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Brasil, 1998)

Em relação à aplicação da Lei 9656/98 ao momento da contratação de um plano de saúde, verifica-se que esta legislação iniciou a sua vigência a partir da data 02 de setembro de 1998 em observância ao seu art. 36.

“Com efeito, conforme leciona os doutrinadores Sylvio Capanema da Silva, J. G Vasi Werner e Thiago F. Cardoso Neves, a redação original do art. 3 da Lei 9656/98, previa expressamente a observância das regras e princípios do Código de Defesa do Consumidor.” (Souza, Werner, & Neves, 2018)

Todavia, este dispositivo passou por diversas alterações, sendo que a Medida Provisória nº 1.665/1998 revogou todo o dispositivo, contudo com a última modificação, o art. 35-G determinou que o CDC é aplicado subsidiariamente aos contratos firmados entre usuários e operadoras, conforme dispõe o inciso I e o § 1º do art. 1º da lei 9656/98.

“Entretanto, de acordo com os ensinamentos de Sylvio Capanema da Silva, J. G Vasi Werner e Thiago F. Cardoso Neves, ainda que a lei 9656/98 preveja a aplicação do CDC de forma subsidiária, o caráter das normas de cada uma das leis (Código de Defesa do Consumidor, geral; e Lei nº 9.656/1998, especial) é que realmente vai determinar sua conjugação.” (Souza, Werner, & Neves, 2018)

Infere-se, portanto, que os planos de saúde aderidos a partir da vigência da Lei 9565/98 são submetidos tanto às regras constantes nesta lei quanto aos regramentos e princípios previstos no CDC.

2.2.1. *Espécies de Cobertura*

De acordo com a Lei 9565/98, que regulamenta os planos de saúde, existem atualmente dois tipos de cobertura, uma é denominada Integral de Plano de Referência e a outra é intitulada Integral por Segmentação. A primeira destaca-se no mercado por fornecer uma cobertura mínima obrigatória e abrange procedimentos cirúrgicos e tratamentos de todas

as moléstias listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) ou catalogadas na Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme pode-se extrair do próprio art. 10 da Lei 9656/98:

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 enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto (...) (Brasil, 1998)

Embora o dispositivo supracitado prevê uma cobertura mínima obrigatória relacionada às moléstias constantes no CID e na OMS, o mesmo artigo traz algumas exceções a certos tipos de cobertura. Logo, o Plano Integral por Referência deve observar as exigências mínimas estabelecidas no art. 12, porém esta cobertura não abrange obrigatoriamente tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, entre outros procedimentos listados no art. 10 e seus incisos.

Noutro giro, no plano Integral por Segmentação, o beneficiário tem a opção de escolher a espécie de cobertura, neste caso, ele pode escolher tanto o tratamento e medicação quanto o tipo de cobertura, a exemplo da hospitalar ou ambulatorial.

É mister abordar que o plano ambulatorial possui limitações e o beneficiário que opta por contratar esta espécie de plano não possui direito à internação, sendo que o atendimento ambulatorial abarca apenas cobertura de consultas médicas em número limitado, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente e cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, nos termos do art. 12, I, alíneas “a”, “b”, e “c”.

Noutro cenário, o plano hospitalar prevê uma cobertura mais ampla, como o direito à internação, sendo vedados a restrição em contratos acerca do prazo, valor máximo e quantidade de internações.

Ademais, inclui cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, sendo vedada também a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais

de enfermagem e alimentação e cobertura para tratamentos antineoplásicos ambulatoriais e domiciliares de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de câncer e hemoterapia, na qualidade de procedimentos cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em âmbito de internação hospitalar entre os procedimentos dispostos no art. 12, II, da Lei 9656/98.

No que se refere ao plano hospitalar mais obstétrico, verifica-se que o beneficiário possui direito além dos procedimentos estabelecidos no rol do art. 12, II da Lei 9656/98, ainda é assegurado à cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto e 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.

Por fim, conforme a redação do art. 12, IV, da Lei 9656/98, o plano odontológico abrange a cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia e cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

2.2.2. Período de carência

“De acordo com o site do Senado, o período de carência pode ser definido como o prazo em que o beneficiário precisa aguardar para ter acessos à cobertura do plano em determinados tipos de procedimentos e assistência em saúde. Logo, as carências são legais e praticadas por todas as operadoras de saúde, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a própria lei 9656/98, as quais estabelecem os prazos mínimos para alguns atendimentos acontecerem.” (Senado, 2022)

Segundo o mesmo site, o objetivo da carência é evitar que uma pessoa faça a adesão a um plano de saúde de forma premeditada, com o propósito de realizar procedimentos que ela já sabe que vai precisar o que poderia gerar altas despesas ao plano, sem contrapartida do usuário.

“Segundo os ensinamentos da doutrinadora Josiane Araújo Gomes, o prazo de carência visa assegurar o equilíbrio financeiro da negociação, permitindo a manutenção do saldo positivo do fundo comum para o custeio dos serviços médico-hospitalares, pois caso

contrário, o usuário com a imediata vigência do contrato poderia solicitar o custeio dos serviços médico-hospitalares e logo após o término do tratamento suspenderia o pagamento das mensalidades, impedindo que a operadora ao menos fosse reembolsada pelos valores gastos.” (Gomes, 2024)

“Conforme leciona a doutrinadora, os contratos de plano de saúde possuem elementos accidentais dos negócios jurídicos listados na legislação civil, a exemplo da condição, do termo e encargo. Nesse sentido, o termo seria a característica relacionada ao evento futuro e certo, ou seja, inevitável, em que não se suspende a aquisição, mas sim o exercício a ele subordinado. Desse modo, ao contratar um plano de assistência à saúde privada, o beneficiário possui um período determinado para usufruir de certos procedimentos médico-hospitalares, todavia tem a obrigação de efetuar o pagamento mensal das parcelas pactuadas no respectivo contrato.” (Gomes, 2024)

O art. 12, V, da Lei 9656/98, determina o prazo de trezentos dias para partos a termo; cento e oitenta dias para os demais casos e vinte e quatro horas para a cobertura nos casos de urgência e emergência.

“Com efeito, de acordo com a doutrinadora Josiane Araújo Gomes, a previsão do prazo de carência deve constar no contrato e deve ser informado ao consumidor no momento da contratação, conforme dispõe o art. 16, III, da Lei 9656/98, além de conter cláusulas contratuais de fácil compreensão e que indique com clareza acerca dos períodos de carência para a realização de consultas, internações, procedimentos e exames, nos termos do art. 54, § 4º do CDC. (Gomes, 2024)”

No que concerne ao atendimento de urgência e emergência e o seu respectivo prazo de carência, assim dispõe o art. 35-C, I e II da Lei 9656/98:

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; II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional; (Brasil, 1998)

“Em relação à definição de urgência e emergência, a portaria 354/2014, do Ministério da Saúde, conceitua aquela como ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e esta como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. (Brasil, 2014)

“A doutrinadora Josiane Araújo Gomes destaca um julgamento do Recurso Especial 962.980/SP do ano de 2012, o qual o Superior Tribunal de Justiça reconhece o descabimento da invocação do período de carência por parte da operadora de saúde em casos que envolvem urgência ou emergência” (Gomes, 2024). Aprecie-se:

SEGURO DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. APRECIACÃO ACERCA DE VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. DESCABIMENTO. NATUREZA DA RELAÇÃO JURÍDICA. CONSUMO. PRAZO CONTRATUAL DE CARÊNCIA PARA COBERTURA SECURITÁRIA. POSSIBILIDADE. CONSUMIDOR QUE, MESES APÓS A ADESÃO DE SEU GENITOR AO CONTRATO DE SEGURO, VÊ-SE ACOMETIDO POR TUMOR CEREBRAL E HIDROCEFALIA AGUDA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. SITUAÇÃO-LIMITE EM QUE O BENEFICIÁRIO NECESSITA, COM PREMÊNCIA, DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS-HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO. INVOCAÇÃO DE CARÊNCIA. DESCABIMENTO, TENDO EM VISTA A EXPRESSA RESSALVA CONTIDA NO ARTIGO 12,V, ALÍNEA C, DA LEI 9.656/98 E A NECESSIDADE DE SE TUTELAR O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA. 1. "Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida". (REsp 466.667/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174) 2. Diante do disposto no artigo 12 da Lei 9.656/98, é possível a estipulação contratual de prazo de carência, todavia o inciso V, alínea c, do mesmo dispositivo estabelece o prazo máximo de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência. 3. Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípuo de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual. 4. Os artigos 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor preveem a necessidade da adequação dos produtos e serviços à legítima expectativa que o Consumidor tem de, em caso de pactuação de contrato oneroso de seguro de assistência à saúde, não ficar desamparado, no que tange à procedimento médico premente e essencial à preservação de sua vida. 5. Portanto, não é possível a Seguradora invocar prazo de carência contratual para restringir o custeio dos procedimentos de emergência, relativos a tratamento de tumor cerebral que acomete o beneficiário do seguro. 6. Como se trata de situação-limite em que há nítida possibilidade de violação ao direito fundamental à vida, "se o juiz não reconhece, no caso concreto, a influência dos direitos fundamentais sobre as relações privadas, então ele não apenas lesa o direito constitucional objetivo, como também afronta direito fundamental considerado como pretensão em face do Estado, ao qual, enquanto órgão estatal, está obrigado a observar".(RE 201819, Relator (a): Min. ELLEN GRACIE, Relator (a) p/ Acórdão: Min. GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 11/10/2005, DJ 27-10-2006 PP-00064 EMENT VOL-02253-04 PP-00577 RTJ VOL-00209-02 PP-00821) 7. Recurso especial provido para restabelecer a sentença. (STJ - REsp: 962980 SP 2007/0144835-5, Relator: Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 13/03/2012, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/05/2012 RSSTJ vol. 46 p. 779) (Brasil, 2012).

De acordo com o precedente, o consumidor que aderiu ao plano de saúde, mediante o seu genitor, foi acometido por um tumor cerebral e a operadora de saúde invocou o período de carência como fundamento para negar a cobertura de procedimentos médico-hospitalares

relacionados ao tratamento do beneficiário, contudo o STJ reconheceu o descabimento da carência nos casos relacionados à urgência e emergência, já que o caso em questão havia ultrapassado às 24 horas previstas na Lei 9656/98.

Por último, segundo o site do senado, o acometimento de doenças ou lesões preexistentes à contratação do plano de assistência privada à saúde, o período de carência é de dois anos se refere a procedimentos relacionados exclusivamente àquela condição ou doença, a exemplo de moléstias respiratórias, como asma e bronquite, câncer, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

3. PRÁTICAS ABUSIVAS RELACIONADAS AOS CONTRATOS DE ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE

Conforme o entendimento de Maria Elaine da Silva Schevinski, em seu artigo Cláusulas Abusivas nos Contratos em Planos de Saúde, o CDC foi a primeira legislação a tratar das cláusulas abusivas e apesar de não prevê uma definição de cláusula abusiva, estabelece um rol de situações que claramente demonstra abusividade por parte do fornecedor, como pode-se verificar através da art. 51, do CDC (Schevinski, 2010):

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 (Brasil, 1990).

Nesse sentido, Nery Junior (apud Schevinski) define o conceito de cláusula abusiva como um dispositivo opressivo, vexatório, oneroso ou ainda uma cláusula excessiva, a qual é notoriamente desfavorável à parte mais vulnerável da relação de consumo, que neste caso é o consumidor. (Schevinski, 2010)

Com efeito, Silva (apud Schevinski) destaca algumas cláusulas abusivas mais recorrentes nas relações de consumo envolvendo os contratos de plano de saúde, entre elas, o doutrinador cita: cláusulas limitando o tempo de internação, inclusive nas UTIs (Unidade de Terapia Intensiva); cláusulas restabelecendo o tempo de carência na impontualidade do consumidor; cláusulas excluindo assistência aos portadores do vírus da Aids; cláusulas possibilitando o aumento decorrente de mudança de faixa etária, sem prévia especificação da variação percentual e cláusulas excluindo indiscriminadamente a cobertura de doenças preexistentes à contratação. (Schevinski, 2010)

No que se refere à limitação do tempo de internação relacionada ao plano integral por segmentação com internação hospitalar, tanto a lei 9656/98 quanto a jurisprudência possuem um posicionamento consolidado no que tange à vedação deste respectivo dispositivo.

Nesse sentido, assim dispõe o art. 12, II, “a” e “b” da Lei 9656/98:

II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada à 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; b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente; (Brasil, 1998)

Outrossim, em razão da aplicação das regras e princípios do CDC aos contratos de plano de saúde, o STJ (Brasil, 1997) também já reconheceu através do julgamento do REsp nº158.728/RJ, a abusividade da cláusula que limita o tempo de internação do usuário, em observância ao art. 51, IV da legislação consumerista, como pode-se visualizar mediante o precedente em destaque abaixo:

Plano de saúde. Limite temporal da internação. Cláusula abusiva. 1. É abusiva a cláusula que limita no tempo a internação do segurado, o qual prorroga a sua presença em unidade de tratamento intensivo ou é novamente internado em decorrência do mesmo fato médico, fruto de complicações da doença, coberto pelo plano de saúde. 2. O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se o faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade. 3. Recurso especial conhecido e provido (STJ - REsp: 158728 RJ 1997/0090585-3, Relator: Ministro CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, Data de Julgamento: 16/03/1999, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJ 17.05.1999 p. 197 JBCC vol. 200 p. 111 JSTJ vol. 6 p. 247 LEXSTJ vol. 122 p. 188 RSTJ vol. 121 p. 289)

“Conforme os ensinamentos da doutrinadora Josiane Araújo Gomes, a inserção de cláusulas limitativas de prazo de internação era uma prática comum das operadoras de saúde antes da vigência da Lei 9.656/98, orientada exclusivamente pelo interesse econômico, em detrimento da prestação de serviço médico-hospitalar adequado ao usuário.” (Gomes, 2024)

“A autora argumenta que essas cláusulas eliminam a obrigação contratual fundamental das operadoras, que é o custeio de procedimentos médico-hospitalares em casos de sinistralidade — situações imprevisíveis que impossibilitam um controle rígido do tempo necessário para o tratamento completo e o restabelecimento da saúde.” (Gomes, 2024)

Ademais, diante de diversas decisões judiciais acerca da cláusula limitativa do prazo de internação nos contratos de plano de saúde, o STJ editou o enunciado de súmula 302 que reconheceu a abusividade do referido dispositivo, como se pode observar através da súmula abaixo:

É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. (Súmula n. 302, 2004) (Brasil, 2004)

Destarte, denota-se que esta espécie de previsão, qual seja a limitação do tempo de internação por parte das operadoras é reconhecida amplamente pela legislação e também pela jurisprudência pátria como sendo nula de pleno direito já que esvazia a própria finalidade do contrato, que é o fornecimento de procedimentos médico-hospitalares.

Outra prática abusiva por parte das operadoras de plano de saúde é a recontagem do prazo de carência com o fundamento na impontualidade do usuário. Sobreleva ressaltar que esta recontagem pode estar relacionada a um prazo de carência já cumprido ou em curso. Nesse viés, o art. 13, parágrafo único, I, da Lei 9656/98, veda a recontagem do prazo de carência.

“Conforme leciona Josiane Araújo Gomes, o objetivo da carência é justamente a fidelização do beneficiário ao plano em que tenha aderido, permitindo à operadora captar recursos para o custeio de eventual sinistralidade. Portanto, segundo a Autora, a aplicação da recontagem do prazo de carência além de opor uma onerosidade excessiva ao consumidor ainda configura *bis in idem*, já que em regra o contrato prevê a incidência de multa e juros moratória em caso de inadimplemento por parte do usuário.” (Gomes, 2024)

“Noutro plano, há um desafio relacionado à contratação de planos de saúde quando o usuário possui uma doença ou lesão preexistente. Nesse caso, a Resolução Normativa nº 162/07, através do seu art. 2, I, dispõe que se entende por doença ou lesão preexistente como aquela em que o beneficiário tem conhecimento no momento de contrato o plano de assistência privada à saúde.” (Brasil, 2007)

Com efeito, o art. 11 e parágrafo único da lei 9656/98 veda a exclusão de cobertura a beneficiários que já possui uma moléstia ou lesão preexistente, principalmente quando este já cumpriu o prazo de carência de 24 meses, conforme pode-se verificar:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS. (Brasil, 1998)



De acordo com ordenamento jurídico vigente, observa-se que a operadora de plano de saúde não pode negar cobertura a usuários portadores de doença ou lesão preexistente, principalmente quando este já cumpriu o prazo de carência de 2 anos, e inclusive não pode criar obstáculos para que o consumidor contrate o plano de saúde.

Nesse sentido, o STJ no julgamento o REsp 2366532/MS, entendeu que o ônus de verificar se o beneficiário já possui doença ou lesão preexistente é da operadora. Assim, esta não pode negar cobertura ao usuário sob o fundamento de que ele era portador de doença ou lesão no momento da contratação, conforme pode-se extrair do trecho da referida decisão:

No que concerne à insurgência da apelante quanto à falta de informação escoreita relativa à existência de doenças anteriores à contratação, cabe destacar que inexistem provas no sentido de que o plano de saúde tenha requerido a apresentação de exames para averiguar a condição médica da segurada, apesar de ela ter informado, no momento da contratação, que já havia padecido com câncer de mama que, repita-se, encontrava-se sob controle. Ou seja, a operadora de plano de saúde não tomou todas as medidas para averiguar o estado da saúde da contratante. Diante disso, não pode limitar a cobertura dos serviços médicos sob alegação da ocorrência de doenças preexistentes. (...) Portanto, não assiste razão ao recorrente quanto à insurgência do pedido de afastamento de cobertura sob a alegação de omissão de informações acerca de doenças anteriores à contratação, um vez que foi a própria recorrente que não tomou as devidas cautelas no momento em que se deu a formalização do contrato. Pelas mesmas razões acima enumeradas, não prospera o argumento da apelante de que no caso em comento incidirão as restrições contratuais, ainda que se considere ser uma situação de urgência ou emergência, já que se trata de doenças ou lesões preexistentes. (Brasil, 2023)

Infere-se que o precedente supracitado diz respeito ao Recurso Especial interposto pela operadora que buscava a reforma da decisão do proferida pelo Tribunal de Justiça, que não acolheu as suas teses quanto à negativa de cobertura fundada na doença preexistente, nesse sentido, o SJT negou provimento ao recurso por entender que o ônus de verificar a doença ou lesão preexistente do segurado no momento da contratação é da própria operadora.

Noutro giro, nos casos de doenças ou lesões preexistentes, a Resolução Normativa nº 162/2007 prevê que a operadora tem a faculdade para dispor no contrato certas condições que possam onerar o consumidor que detém uma doença preexistente ao comparado com o usuário que não possui uma moléstia preexistente no momento da contratação do plano, a exemplo da Cobertura Parcial Temporária (CPT) e o Agravo.

Segundo a interpretação do art. 2, II, da Resolução Normativa nº 162/2007, entende-se por CPT como aquela que admite pelo período ininterrupto de 24 meses, a contar da adesão ao plano de assistência à saúde privada, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente a doença ou lesão preexistente.



Já o Agravo, por sua vez, é qualquer acréscimo adicionado ao valor da contraprestação paga pelo usuário, que possui doença ou lesão preexistente, à operadora para ter acesso à cobertura integral contratada para a moléstia ou lesão declarada após cumprido o período de carência, nos termos do art. 2, III, da Resolução Normativa nº 162/2007. (Brasil, 2007)

Destarte, mesmo diante da previsão destacada acima, é fundamental que a operadora mantenha o consumidor bem informado acerca da previsão contratual do CPT ou Agravo, em respeito ao princípio que rege o art. 6, III, do CDC, que é a informação adequada e clara ao consumidor sobre o fornecimento do produto ou serviço.

Noutro cenário, há um intenso debate judicial acerca do aumento da mensalidade em razão da faixa etária do usuário e se essa é uma prática legal ou abusiva por parte das operadoras. Nesse sentido, de acordo com o site do próprio Tribunal de Justiça do Distrito Federal, já foi reconhecido pelo STJ que a depender do reajuste por faixa etária previsto no contrato de plano de saúde, esta cláusula não é configurada como abusiva.

A decisão do STJ, em julgamento do tema repetitivo 1016, definiu alguns parâmetros para que as operadoras de plano de saúde reajustassem o valor conforme a faixa etária do usuário. Com efeito, faz-se necessário destacar um trecho desta decisão:

A variação entre a primeira e a última faixa etária não foi superior a 500% (máximo de 6 vezes), pois a regra do art. 3º, I, da RN 63/2003 da ANS, ao contrário do que sustenta a recorrente, aplica-se aos valores absolutos das contraprestações pecuniárias e não aos percentuais em si de reajuste. Assim, por exemplo, se a mensalidade inicial, como a cobrada de um adolescente, for de R\$ 100,00 (cem reais), o valor para o idoso não poderá exceder a R\$ 600,00 (seiscentos reais) - 6 vezes o montante de piso -, quantia esta que incide independentemente de ele possuir a idade de 59, 72, 85 ou acima, ou seja, independentemente do risco que efetivamente represente, visto que é a última faixa etária". (grifos não originais). Os percentuais, para cada faixa etária, são os seguintes: 0% (até 18 anos); 22,20% (de 19 a 23 anos); 24% (de 24 a 28 anos); 10% (de 29 a 33 anos); 6% (de 34 a 38 anos); 16% (de 39 a 43 anos); 19,54% (de 44 a 48 anos); 16,27% (de 49 a 53 anos); 19% (de 54 a 58 anos); e 77% (de 59 anos ou mais). (Brasil, 2021)

Desse modo, de acordo com o entendimento do STJ, esta variação de valores entre a primeira e a última faixa etária não pode ultrapassar a 500% (quinhentos por cento) que é o máximo de seis vezes, então se determinado usuário é adolescente e tem o valor da mensalidade fixada em R\$ 100,00 (cem reais), o valor da mensalidade de um idoso não pode ser superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais), pois caso contrário configuraria uma cláusula abusiva.

“Entretanto, a discussão sobre este tema ainda vigora no Supremo Tribunal Federal e conforme as informações fornecidas pelo site conjur, a respectiva corte voltará a julgar o

Recurso Extraordinário 630.852 (Tema 381), de repercussão geral, em que se debate a aplicação do Estatuto do Idoso aos contratos de plano de saúde firmados anteriormente a 2004 antes da entrada em vigor desta lei.” (Conjur, 2023)

“Nessa senda, a discussão gira em torno da possibilidade de as operadoras aumentarem o valor da mensalidade consoante à mudança da faixa etária do usuário para 60 (sessenta anos). Assim, uma quantidade exorbitante de ações judiciais está suspensa e conforme o próprio site são 5.637 processos aguardando o julgamento do plenário.” (Conjur, 2023)

Infere-se, portanto, que apesar do STJ ter reconhecido a legalidade do aumento do valor da mensalidade conforme a faixa etária do beneficiário desde que observados os parâmetros legais, o STF pode modificar este entendimento e reconhecer a abusividade da previsão em comento, ou, no entanto, ratificar o entendimento do STJ.

Por último, uma conduta abusiva bastante comum nas relações de consumo envolvendo contratos de plano de saúde é a exigência de cheque caução, por parte da operadora, como condição para custear um determinado procedimento médico ou tratamento do segurado.

Insta ressaltar que o STJ, em julgamento de Agravo Interno em Recurso Especial Nº 1495484 PE 2019/0122487-3, já reconheceu que a exigência de cheque caução para o custeio de tratamento ou procedimento médico do beneficiário, em estado de emergência, configura conduta abusiva por parte das operadoras de plano de saúde. Observa-se:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL. JULGAMENTO EXTRA PETITA. NÃO CONFIGURAÇÃO. INTERPRETAÇÃO LÓGICO-SISTEMÁTICA. PREQUESTIONAMENTO. SÚMULAS Nº 282/STF E Nº 211/STJ. PLANO DE SAÚDE. CUSTEIO DO TRATAMENTO. CHEQUE CAUÇÃO. EXIGÊNCIA. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. CONDUTA ABUSIVA. INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL. REEXAME DE PROVAS. VIA ESPECIAL. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS NºS 5 E 7/STJ. VALOR DA INDENIZAÇÃO. REVISÃO. SÚMULA Nº 7/STJ. HONORÁRIOS RECURSAIS. FIXAÇÃO AFASTADA. 1. (..) 4. O entendimento do Superior Tribunal de Justiça é firme no sentido de que a exigência de cheque caução como condição para atendimento emergencial caracteriza-se como ato ilícito indenizável. 5. A aferição da conduta da ora agravante, se abusiva ou não, dependeria da interpretação de cláusulas contratuais e do reexame do contexto fático-probatório dos autos, procedimentos vedados em recurso especial por força das Súmulas nºs 5 e 7/STJ. 6. O valor fixado a título de indenização por danos morais baseia-se nas peculiaridades da causa. Assim, somente comporta revisão pelo Superior Tribunal de Justiça quando irrisório ou exorbitante, o que não ocorreu na hipótese dos autos, em que arbitrado em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), diante da especificidade do caso concreto. 7. Proferida a sentença de mérito na vigência do CPC/1973, como na



presente hipótese, fica afastada a fixação de honorários recursais nesta instância superior. 8. Agravo interno parcialmente provido. (STJ - AgInt no AREsp: 1495484 PE 2019/0122487-3, Data de Julgamento: 20/06/2022, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 24/06/2022) (Brasil, 2022)

Na mesma esteira, o Egrégio Tribunal de Justiça da Bahia também entendeu ser abusiva a conduta por parte das operadoras de plano de saúde de condicionar o custeamento de um procedimento médico ou tratamento à emissão de cheque caução pelo beneficiário, cabendo até condenação por danos morais, como pode-se observar através do julgado em destaque:

APELAÇÃO CÍVEL. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE. PLANSEV. AUSÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO PARA O ATENDIMENTO/ PROCEDIMENTO MÉDICO. NEGATIVA DE CUSTEIO DAS DESPESAS MÉDICAS. ALEGAÇÃO DE CARÊNCIA PARA A LIBERAÇÃO DO PARTO. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA IDENTIFICADA PELO MÉDICO QUE REQUEREU O PARTO DE URGÊNCIA. CONDUTA QUE ENSEJOU A EMISSÃO DE CHEQUE CAUÇÃO PARA ASSEGURAR A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. POSTERIOR COBERTURA DAS DESPESAS NA VIA ADMINISTRATIVA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. NECESSIDADE DE FIXAÇÃO CONSIDERANDO OS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. SENTENÇA REFORMADA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS NO PERCENTUAL DE 15% (QUINZE POR CENTO) SOBRE PROVEITO ECONÔMICO. (TJ-BA - APL: 05032668620148050274, Relator: LIGIA MARIA RAMOS CUNHA LIMA, SEGUNDA CAMARA CÍVEL, Data de Publicação: 04/03/2020) (Brasil, 2020)

Infere-se, portanto, que a exigência de cheque caução pela operadora de plano de saúde para assegurar a realização de procedimento médico ou tratamento – especialmente em casos de urgência e emergência – configura uma conduta arbitrária passível de indenização, a título de danos extrapatrimonial.

4. DESAFIOS RELACIONADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

No cenário atual, inúmeros cidadãos brasileiros têm optado por contratar um plano de saúde, haja vista a ausência de uma prestação efetiva do serviço público de saúde a todos por parte do Estado. “Nesse sentido, de acordo com o site GOV do Ministério da Saúde, somente no ano de 2023, 51 milhões de pessoas contrataram plano de saúde.” (2024)

Sobreleva ressaltar que, um dos principais motivos desses beneficiários aderirem ao contrato de plano de assistência à saúde privada é a segurança de que em casos de sinistralidade como o acometimento de uma doença ou lesão, a operadora possa fornecer a devida cobertura e custear todo o procedimento médico-hospitalar.

Contudo, atualmente há um aumento exponencial das ações judiciais envolvendo as operadoras de plano de saúde, sendo grande parte dos processos ajuizados pelo próprio usuário que pleiteia a cobertura para a realização de um determinado procedimento médico, de modo que a motivação relacionada ao crescente número de demandas judiciais envolvendo os planos de saúde é justamente a negativa por parte das operadoras de fornecer o procedimento ou tratamento médico adequado.

“Segundo o site do Ministério Público da Bahia, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apurou que entre os anos de 2020 e 2023, a quantidade de novos processos de usuários contra os planos de saúde aumentou mais de 50%, saindo de 80,7 mil novas ações para atingir 122,2 mil casos novos. Assim, somente nos primeiros quatro meses deste ano, em 2024, o CNJ já contabilizou 4 mil novas ações. Dessa forma, conforme as informações do site, no Brasil tramitam mais ações judiciais na China, que tem população oito vezes maior.” (Miranda, 2024)

“Conforme as informações fornecidas pelo Ministério Público da Bahia, somente entre Janeiro e Agosto de 2024, o MPBA instaurou cerca de 40 procedimentos para apurar notícias sobre irregularidades praticadas pelas operadoras de plano de saúde, ou seja, houve um aumento de 74% dos procedimentos quando comparado com o ano de 2023 em que teve apenas 23 notícias de irregularidades.” (Miranda, 2024)

Nesse viés, os procedimentos abrangem seis operadoras: Amil, Bradesco, Cassi, Hapvida, Sulamerica e Unimed e dentre essas irregularidades estão os aumentos abusivos, cláusulas contratuais abusivas, negativas de autorização de procedimentos e tratamentos, descumprimento de decisões judiciais e rescisão unilateral dos planos de saúde.” (Miranda, 2024)

Diante de todo o exposto, depreende-se que face ao número crescente de pessoas aderentes ao plano de saúde é necessário a fiscalizados dos órgãos públicos, e, tendo em vista que os litígios envolve o direito à saúde, que é um bem jurídico essencial, é fundamental a intervenção do poder judiciário na figura de do Estado-Juiz imparcial para solucionar os conflitos relacionados aos contratos de plano de saúde, já que grande parte dos processos envolve práticas abusivas perpetradas pelas operadoras frente ao consumidor, sendo que este a parte mais vulnerável da relação de consumo.

Desse modo, conclui-se que apesar haver leis como o CDC e a Lei 9656/98 que protegem e regulamentam os planos de saúde, ainda há diversas irregularidades praticadas



pelas operadoras de plano de assistência à saúde privada, o que justifica as inúmeras ações judiciais ajuizadas pelos beneficiários contra as operadoras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise realizada sobre os contratos de planos de saúde à luz do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998), conclui-se que a judicialização crescente nesse setor está diretamente relacionada às práticas abusivas cometidas pelas operadoras. As cláusulas contratuais que limitam a cobertura impõem carências excessivas, restringem internações e aumentam os custos de forma desproporcional colocam o consumidor em uma posição de extrema vulnerabilidade. O estudo identificou que essas práticas violam princípios fundamentais como a boa-fé objetiva, a função social do contrato e a proteção ao consumidor, consagrados pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Além disso, verificou-se que a massificação dos contratos de adesão, nos quais os consumidores não têm a oportunidade de discutir ou alterar as cláusulas contratuais, potencializa o desequilíbrio nas relações de consumo. A utilização de contratos com disposições pré-estabelecidas, muitas vezes de difícil compreensão, compromete o direito à informação clara e adequada, previsto no CDC. Essa situação contribui para o aumento de litígios judiciais, uma vez que os consumidores buscam na via judicial uma forma de garantir seus direitos e evitar a aplicação de cláusulas prejudiciais à sua saúde e segurança financeira.

As decisões do Poder Judiciário têm, em muitos casos, reconhecido a abusividade dessas cláusulas, aplicando o CDC para proteger os consumidores e assegurar o cumprimento das obrigações contratuais pelas operadoras. O reconhecimento da inversão do ônus da prova, a proteção ao direito à saúde e a interpretação mais favorável ao consumidor são princípios que têm orientado as decisões, gerando precedentes importantes para a contenção das práticas abusivas. No entanto, a judicialização excessiva também revela a necessidade de aprimorar a regulação e a fiscalização dos contratos de planos de saúde, para evitar que os consumidores sejam prejudicados de forma recorrente.

Nesse contexto, o princípio do diálogo das fontes, que permite a aplicação simultânea de diferentes normas, como o CDC, a Lei dos Planos de Saúde e a Constituição Federal, tem se mostrado essencial para equilibrar as relações de consumo nesse setor. A conjugação dessas legislações permite uma proteção mais ampla aos direitos dos consumidores e fortalece a responsabilização das operadoras de planos de saúde. No entanto, a aplicação eficaz desse

princípio depende de uma harmonização maior entre as normas e de uma atuação mais rigorosa das agências reguladoras, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Por fim, as considerações finais deste estudo indicam que, para mitigar a judicialização e proteger de forma mais eficaz os consumidores, é necessário reforçar a fiscalização das operadoras de planos de saúde e garantir que os contratos estejam em conformidade com os princípios legais e constitucionais. Além disso, a educação do consumidor quanto aos seus direitos, associada a políticas públicas que promovam maior transparência e equidade nos contratos de planos de saúde, é fundamental para a construção de um sistema de saúde suplementar mais justo e eficiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 05 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF, 11 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 03 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. **Súmula nº 302**. Brasília, DF, 22 de novembro de 2004. Disponível em: https://www.stj.jus.br/docs_internet/revista/eletronica/stj-revista-sumulas-2011_24_capSumula302.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007**. Brasília, DF, 17 de outubro de 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2007/res0162_17_10_2007.html. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Brasília, DF, 10 de março de 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Setor fecha 2023 com 51 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, 24 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2023-com-51-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 962.980**, SP. Relator: Min. Luis Felipe Salomão. Quarta Turma, julgado em 13 mar. 2012, publicado no Diário da Justiça Eletrônico em 15 maio 2012, p. 779. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur7704/false>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial nº 1495484/PE**. Relator(a): Terceira Turma. Data de Julgamento: 20 de junho de 2022. Data de Publicação: Diário da Justiça Eletrônico, 24 jun. 2022. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur7704/false>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo 1016**. Relator: Min. Luis Felipe Salomão. Data de Julgamento: 22 set. 2021. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/24092021-Destacado.aspx>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça da Bahia. **Apelação Cível nº 0503266-86.2014.8.05.0274**. Relatora: Lígia Maria Ramos Cunha Lima. Segunda Câmara Cível. Data de Publicação: 04 mar. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 2366532/MS**. Relator: Min. Marco Aurélio Bellizze Data de Julgamento: 03 de agosto de 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1921232045/inteiro-teor-1921232049>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 302**. É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado. Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 2004. Disponível em: <https://www.stj.jus.br>. Acesso em: 09 nov. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 158.728/RJ**. Relator: Min. Carlos Alberto Menezes Direito. Terceira Turma, julgado em 16 de março de 1999. Diário da Justiça, 17 maio 1999, p. 197. Jurisprudência Brasileira de Casos Concretos vol. 200, p. 111. Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça vol. 6, p. 247. LEXSTJ vol. 122, p. 188. Revista Semestral de Jurisprudência do STJ vol. 121, p. 289.

CANTO, D. E. **O contrato de plano privado de assistência à saúde à luz das normas de proteção do consumidor**. 2012. Disponível em: https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2018/09/diego_canto.pdf. Acesso em: 14 ago. 2024.

CARVALHO, L. Judicialização de planos de saúde cresce 60% desde 2020. **Poder360**, 07 de julho de 2024. Disponível em: [https://www.poder360.com.br/poder-saude/judicializacao-de-planos-de-saude-cresce-60-desde-2020/#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20processos%20movidos,\(Conselho%20Nacional%20de%20Justi%C3%A7a\)](https://www.poder360.com.br/poder-saude/judicializacao-de-planos-de-saude-cresce-60-desde-2020/#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20processos%20movidos,(Conselho%20Nacional%20de%20Justi%C3%A7a)). Acesso em: 14 ago. 2024.

CONJUR. Supremo vai decidir se planos de saúde podem aumentar mensalidades de idosos. **Conjur**, 16 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-mai-16/stf-decide-planos-saude-podem-aumentar-mensalidade-idosos/>. Acesso em: 12 set. 2024.



GOMES, J. A. **Contratos de planos de saúde**. Mizuno, 2024.

MIRANDA, M. MPBA aposta em acordos para solucionar demandas entre consumidores e planos de saúde. **Ministério Público do Estado da Bahia**, 09 de setembro de 2024.

Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/noticia/74206>. Acesso em: 12 set. 2024.

SCAFF, F. C. **Direito à saúde no âmbito privado: contratos adesão, planos de saúde e seguro-saúde**. Saraiva, 2010.

SCHEVINSKI, M. E. **Cláusulas abusivas nos contratos em planos de saúde**. 2010.

Disponível em:

<file:///C:/Users/nessa/Downloads/Maria%20Elaine%20da%20Silva%20Schevinski.pdf>.

Acesso em: 12 set. 2024.

SENADO. Entenda os prazos de carência nos procedimentos com cobertura. **Senado Federal**, 05 de agosto de 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/noticias-comum/entenda-os-prazos-de-carencia-nos-procedimentos-em-saude-com-cobertura-do-sis>. Acesso em: 12 set. 2024.

SOUZA, S. C.; WERNER, J. G.; NEVES, T. F. **Direito do consumidor**. Forense, 2018.